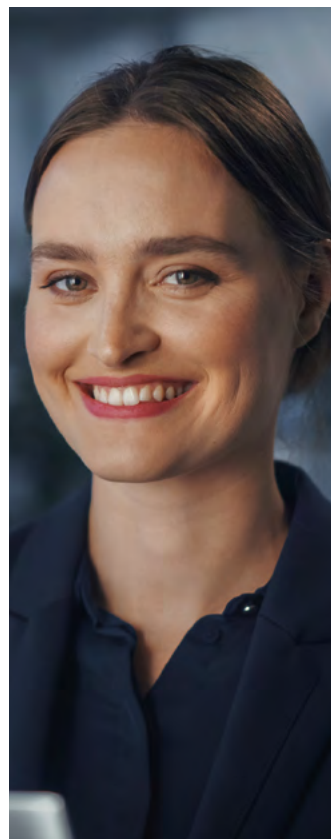
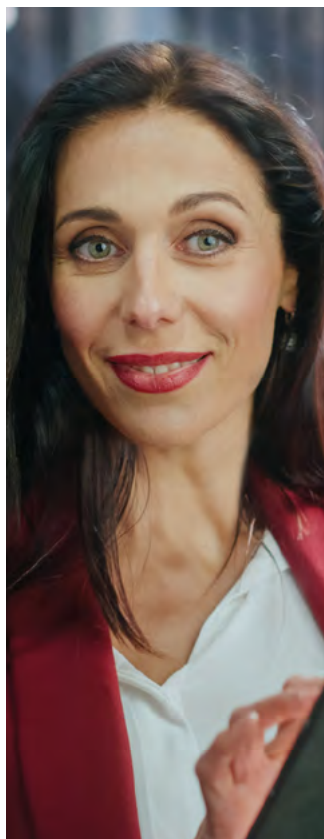




OCHRONA PREMIUM

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia
na życie Ochrona Premium

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z OBJĘCIEM OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

KTO JEST ADMINISTRATOREM MOICH DANYCH I Z KIM MOGĘ SIĘ KONTAKTOWAĆ?

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 17, 00-854 Warszawa (dalej jako „Unum Życie”). Z administratorem danych można kontaktować się poprzez adres e-mail: kontakt@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 55 33 lub pisemnie na adres siedziby Unum Życie.
- We wszelkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych, w szczególności korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych, można kontaktować się z wyznaczonym w Unum Życie Inspektorem Ochrony Danych poprzez adres e-mail: iod@unum.pl, formularz kontaktowy pod adresem: www.unum.pl, telefonicznie pod numerem: +48 800 33 5533 lub pisemnie na adres siedziby Unum Życie (najlepiej z dopiskiem „RODO”).

CELE I PODSTAWY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

- Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane przez Unum Życie w następujących celach:

CEL PRZETWARZANIA	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
Zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenie oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonanie umowy, w tym indeksacja składki i wypłata świadczeń.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum Życie; niezbędność przetwarzania do zawarcia i wykonania umowy; zgoda na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia.
Reasekuracja ryzyk ubezpieczeniowych.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum Życie (tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia na życie); zgoda na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum Życie, wynikających z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
Realizacja obowiązków prawnych związanych z raportowaniem obowiązków wynikających z umowy pomiędzy rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki (tzw. FATCA) oraz z przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum Życie, wynikających z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych i wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z przepisów prawa ubezpieczeniowego, m.in. w zakresie zarządzania ryzykiem, obowiązków raportowych i sprawozdawczych.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum Życie, wynikających z przepisów regulujących prowadzenie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
Realizacja obowiązków prawnych wynikających z innych przepisów prawa polskiego oraz unijnego.	Realizacja obowiązków prawnych ciążących na Unum Życie, wynikających m.in. z przepisów prawa podatkowego oraz przepisów o rachunkowości.
Przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum Życie oraz innych zakładów ubezpieczeń (tj. przeciwdziałanie przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń).
Dochodzenie roszczeń i obrona przed roszczeniami w związku z zawartą umową ubezpieczenia na życie.	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum Życie (tj. dochodzenie i obrona przed roszczeniami).
Marketing bezpośredni produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług (tj. otrzymywanie od Unum Życie oferty tego rodzaju produktów i usług).	Realizacja prawnie uzasadnionych interesów Unum Życie (tj. prezentowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług) oraz dodatkowo zgoda – w odniesieniu do elektronicznego oraz telefonicznego kanału komunikacji.

- Jednym ze sposobów przetwarzania przez Unum Życie danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że:
 - w oparciu o informacje pozyskiwane na etapie zawierania umowy ubezpieczenia na życie (w tym informacje dotyczące zdrowia) Unum Życie dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, co wpływa na objęcie (lub nie) ochroną ubezpieczeniową oraz zawarcie umowy ubezpieczenia z wyższą składką lub np. na warunkach odbiegających od ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - w oparciu o informacje dotyczące produktów ubezpieczeniowych klienta (jednak bez uwzględnienia informacji dotyczących zdrowia) Unum Życie tworzy profile preferencji klientów, co pozwala na dostosowanie oferty produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług do znanych lub przewidywanych potrzeb lub oczekiwań poszczególnych klientów.

PRZEZ JAKI OKRES DANE OSOBOWE MOGĄ BYĆ PRZECHOWYWANE?

5. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych zależy od celu ich przetwarzania i wynosi:
- w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia na życie oraz dochodzeniem roszczeń i obroną przed roszczeniami z nią związanymi – do czasu przedawnienia tych roszczeń (okres ten wynika z Kodeksu cywilnego, przepisów prawa ubezpieczeniowego);
 - w związku z realizacją obowiązków prawnych – do czasu wygaśnięcia obowiązku (np. dokumenty księgowe, w tym zawarte w nich dane, wymagają przechowywania przez okres 5 lat);
 - w związku z marketingiem bezpośrednim – do czasu zgłoszenia Pani/Pana sprzeciwu lub wycofania stosownej zgody.

KOMU DANE OSOBOWE MOGĄ BYĆ PRZEKAZYWANE?

6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane następującym podmiotom:
- zakładom reasekuracji, w tym General Reinsurance AG z siedzibą w Kolonii (Niemcy) oraz RGA International Reinsurance Company DAC z siedzibą w Dublinie (Irlandia) – w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych;
 - innym zakładom ubezpieczeń – w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom popełnianym na szkodę zakładów ubezpieczeń oraz realizacją obowiązków prawnych ciążyących na Unum Życie;
 - podmiotom działającym na podstawie przepisów prawa (organom publicznym), w tym m.in. Komisji Nadzoru Finansowego oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – w związku z realizacją obowiązków prawnych ciążyących na Unum Życie;
 - podmiotom świadczącym na rzecz Unum Życie usługi, w tym np. dostawcom usług w zakresie orzecznictwa medycznego, dostawcom usług informatycznych, dostawcom usług prawnych i doradczych – w związku ze świadczeniem tych usług;
 - podmiotom świadczącym usługi assistance, opiekuńcze i medyczne.

PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

7. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane również do niektórych podwykonawców dostawców systemów informatycznych, którzy znajdują się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, co do których Komisja Europejska nie stwierdziła odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych.
8. Dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję Europejską decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Może Pani/Pan otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Państwa danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym po kontakcie z Inspektorem Ochrony Danych.

CZY PODANIE DANYCH OSOBOWYCH JEST OBOWIĄZKOWE?

9. Korzystanie z ochrony ubezpieczeniowej jest dobrowolne. Jednakże podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową ubezpieczenia na życie jest niezbędne do jej zawarcia, a następnie wykonania – bez podania danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, nie jest możliwe zawarcie i wykonanie tego rodzaju umowy.
10. Podanie danych osobowych w celach marketingu bezpośredniego jest dobrowolne – nie warunkuje to zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie.

PRAWA ZWIĄZANE Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

11. Przysługują Pani/Panu w związku z przetwarzaniem danych osobowych określone prawa, w tym: (i) prawo dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana; (ii) prawo do sprostowania tych danych; (iii) prawo do usunięcia tych danych, (iv) prawo do ograniczenia przetwarzania tych danych; (v) prawo do przenoszenia tych danych – na zasadach określonych w przepisach o ochronie danych osobowych, w tym w unijnym Rozporządzeniu o Ochronie Danych Osobowych 2016/679 („RODO”).
12. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja prawnie uzasadnionych interesów ma Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dotyczących Pani/Pana, w szczególności w związku z ich przetwarzaniem dla celów marketingu bezpośredniego.
13. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda ma Pani/Pan prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia lub na przekazanie reasekuratorowi danych dotyczących zdrowia skutkować może brakiem możliwości wykonania umowy ubezpieczenia na życie lub brakiem możliwości reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
14. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów o ochronie danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Unum – kim jesteśmy

Jesteśmy częścią Grupy Unum, która od ponad 175 lat zapewnia poczucie bezpieczeństwa swoim klientom w Stanach Zjednoczonych Ameryki, a także posiada spółki w Wielkiej Brytanii i Polsce.

Ochrona życia i zdrowia naszych klientów i ich bliskich to dla nas największe zobowiązanie.

Oferujemy ubezpieczenia dopasowane do potrzeb zarówno indywidualnych, jak i firm.

Zaufało nam już ponad ćwierć miliona klientów, którzy docenili jakość naszych produktów i obsługi, stabilność finansową oraz wiedzę i doświadczenie naszych ekspertów.

Grupowe ubezpieczenia na życie – przewodnik

Czym są Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium?

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium to dokument, który ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Ubezpieczającym a Unum Życie TUIR S.A.

Strony Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczeni – czyli kto jest kim w Umowie ubezpieczenia?

Stronami Umowy ubezpieczenia są: Ubezpieczający oraz Unum Życie TUIR S.A., czyli Ubezpieczyciel – w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium określony formą „my”. Ubezpieczeni to osoby przystępujące do Umowy ubezpieczenia i objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy.

Kto może przystąpić do ubezpieczenia grupowego?

Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia na rzecz osób chcących zadbać o ochronę swoją i swoich bliskich. Kryteria i warunki przystąpienia do Umowy ubezpieczenia określone są w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium oraz w Polisie.

Gdzie Ubezpieczeni znajdą informację o zakresie ochrony udzielanej przez nas w ramach Umowy ubezpieczenia oraz informację o wysokości Sum ubezpieczenia?

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium zawierają regulacje dotyczące Umowy podstawowej i wszystkich Umów dodatkowych oferowanych w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy nami a Ubezpieczającym. Zakres ubezpieczenia dla osób uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, wysokości Sum ubezpieczenia oraz Świadczeń określone są w Polisie, potwierdzającej jej zawarcie. Natomiast zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonym wraz z wysokościami poszczególnych Sum ubezpieczenia i Świadczeń wskazane są w Certyfikatach ubezpieczenia, które są dokumentami potwierdzającym przystąpienie Ubezpieczonych do Umowy ubezpieczenia.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OCHRONA PREMIUM

SPIS TREŚCI

Zakres ubezpieczenia	Indeks	Strona
1. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie	GB/OWU/15/09/2022	4
Warunki umów dodatkowych:		
2. Śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/ŚNW/15/09/2022	13
3. Śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku komunikacyjnego	GB/ŚWK/15/09/2022	15
4. Śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy	GB/ŚWP/15/09/2022	17
5. Śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	GB/ŚZU/15/09/2022	19
6. Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/UNW/15/09/2022	21
7. Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą	GB/UNWP/15/09/2022	23
8. Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu	GB/UZU/15/09/2022	25
9. Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/TINW/15/09/2022	27
10. Poważny Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach	GB/TUNW/15/09/2022	29
11. Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego	GB/TNP/15/09/2022	31
12. Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem	GB/TNPNW/15/09/2022	33
13. Poważna choroba Ubezpieczonego	GB/PCH/15/09/2022	35
14. Powtórna opinia medyczna	GB/POM/15/09/2022	44
15. Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	GB/LSP/15/09/2022	47
16. Choroba nowotworowa Ubezpieczonego	GB/CHN/15/09/2022	49
17. Leczenie specjalistyczne onkologiczne Ubezpieczonego	GB/LSPO/15/09/2022	52
18. Powtórna opinia medyczna onkologiczna	GB/POMO/15/09/2022	54
19. Świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Choroby nowotworowej	GB/AO/15/09/2022	57
20. Choroby układu krążenia Ubezpieczonego	GB/CHK/15/09/2022	60
21. Leczenie specjalistyczne kardiologiczne Ubezpieczonego	GB/LSPK/15/09/2022	63
22. Powtórna opinia medyczna kardiologiczna	GB/POMK/15/09/2022	65
23. Diagnostyka chorób układu krążenia	GB/DCHK/15/09/2022	67
24. Świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Chorób układu krążenia	GB/ŚMCHK/15/09/2022	69
25. Choroby cywilizacyjne Ubezpieczonego	GB/CHC/15/09/2022	73
26. Badania profilaktyczne i konsultacje dietetyczne	GB/BPKD/15/09/2022	75
27. Badania diagnostyczne Chorób tarczycy	GB/BDCHT/15/09/2022	77
28. Badania diagnostyczne Cukrzycy	GB/BDC/15/09/2022	79
29. Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego	GB/OCH/15/09/2022	81
30. Operacje chirurgiczne Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/OCHNW/15/09/2022	83
31. Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego	GB/PSU/15/09/2022	85
32. Rehabilitacja medyczna po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego	GB/REHMED/15/09/2022	90
33. Rehabilitacja medyczna po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem	GB/REHNW/15/09/2022	92
34. Świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego	GB/ŚMNWU/15/09/2022	94
35. E-wizyty u psychologa w przypadku diagnozy Depresji lub Schizofrenii	GB/KPDS/15/09/2022	97
36. E-wizyty medyczne	GB/TM/15/09/2022	99

Zakres ubezpieczenia	Indeks	Strona
37. Śmierć Małżonka albo Partnera	GB/ŚMP/15/09/2022	101
38. Śmierć Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/ŚMPNW/15/09/2022	102
39. Śmierć Małżonka albo Partnera na skutek Wypadku komunikacyjnego	GB/ŚMPWK/15/09/2022	104
40. Śmierć Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	GB/ŚMPZU/15/09/2022	106
41. Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/UMPNW/15/09/2022	108
42. Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą	GB/UMPNWP/15/09/2022	110
43. Poważna choroba Małżonka albo Partnera	GB/PCHMP/15/09/2022	112
44. Leczenie specjalistyczne Małżonka albo Partnera	GB/LSPMP/15/09/2022	121
45. Operacje chirurgiczne Małżonka albo Partnera	GB/OCHMP/15/09/2022	123
46. Pobyt w szpitalu Małżonka albo Partnera	GB/PSMP/15/09/2022	125
47. Śmierć Dziecka	GB/ŚD/15/09/2022	129
48. Śmierć Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/ŚDNW/15/09/2022	131
49. Uszczerbek na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/UDNW/15/09/2022	133
50. Uszczerbek na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą	GB/UDNWP/15/09/2022	135
51. Poważna choroba Dziecka	GB/PCHD/15/09/2022	138
52. Leczenie specjalistyczne Dziecka	GB/LSPD/15/09/2022	144
53. Operacje chirurgiczne Dziecka	GB/OCHD/15/09/2022	146
54. Pobyt w szpitalu Dziecka	GB/PSD/15/09/2022	148
55. Urodzenie Dziecka	GB/UD/15/09/2022	152
56. Urodzenie Dziecka martwego	GB/UDM/15/09/2022	154
57. Urodzenie Dziecka wymagającego leczenia	GB/UDWL/15/09/2022	156
58. Osierocenie Dziecka	GB/OD/15/09/2022	158
59. Poważny uraz Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/PUNW/15/09/2022	160
60. Konsultacje z psychologiem lub psychiatrą dla Dziecka	GB/KPPD/15/09/2022	162
61. Świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka	GB/ŚMNWD/15/09/2022	164
62. Śmierć Rodzica	GB/ŚR/15/09/2022	167
63. Śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku	GB/ŚRNW/15/09/2022	169
64. Śmierć Rodzica na skutek Wypadku komunikacyjnego	GB/ŚRWK/15/09/2022	171
65. Assistance Medyczny	GB/AM/15/09/2022	173
Załączniki do warunków umów dodatkowych		
Tabela Norm NW Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu		181
Tabela Norm ZU Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu		195
Tabela Operacji Chirurgicznych		198
Tabela Urazów		204

Informacja do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 8 ust. 2 pkt. c), d), g) i h) w związku z § 2; § 9 w związku z § 2; § 11 w związku z § 2; § 12 w związku z § 2; § 14 w związku z § 2; § 16 w związku z § 2; § 19 ust. 1 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 15 ust. 2 w związku z § 2; § 16 ust. 1, 5, 8, 9 i 14 w związku z § 2.

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (zwane dalej „OWU”) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia grupowego na życie zawieranych pomiędzy Unum Życie Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółką Akcyjną a Ubezpieczającym.
- Umowa ubezpieczenia grupowego na życie może zostać zawarta na warunkach odbiegających od OWU, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 2. DEFINICJE

Pojęcia użyte w niniejszych OWU, w Warunkach umów dodatkowych, w Polisie, w załącznikach, w aneksach oraz we wszelkich innych dokumentach wystawianych w związku z Umową ubezpieczenia oznaczają:

- Certyfikat ubezpieczenia** – dokument, który wystawiamy i przekazujemy Ubezpieczonemu, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia. Certyfikat wskazuje m.in. datę objęcia Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową, zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokość Sum ubezpieczenia (dalej zwany: „Certyfikatem”);
- Członek rodziny** – Małżonek Pracownika oraz Pełnoletnie Dziecko, którzy zostali objęci przez nas ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia. Na potrzeby niniejszych OWU za Członka rodziny uznaje się również Partnera Pracownika;
- Data zatrudnienia** – data nawiązania stosunku pracy albo data zawarcia pierwszej umowy cywilnoprawnej pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym, pod warunkiem że stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna trwały nieprzerwanie od momentu zawarcia i obowiązywały w dniu podpisania Wniosku lub w dniu

jego złożenia – w przypadku udostępnienia przez nas możliwości składania Wniosku z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej;

- Dzień roboczy** – oznacza każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu Ustawy o dniach wolnych od pracy;
- Graniczna suma ubezpieczenia** – ustalana przez nas Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych, do której wysokości obejmujemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową bez konieczności przeprowadzenia dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Graniczna suma ubezpieczenia potwierdzona jest w Polisie, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4;
- Karencja** – okres, w którym nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego lub ponosimy odpowiedzialność w ograniczonym zakresie. Okres Karencji wskazany jest w poszczególnych Warunkach umów dodatkowych, których dotyczy;
- Klasyfikacja ICD** – aktualnie obowiązująca w Polsce wersja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych sporządzonej przez Światową Organizację Zdrowia;
- Małżonek** – osoba, która:
 - jako Ubezpieczony – w dniu podpisania lub w dniu złożenia Wniosku pozostaje z Pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, z zastrzeżeniem § 11 ust. 11 pkt b) i pkt c) tiret i. (zwana dalej „Małżonkiem Pracownika”);
 - w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (zwana dalej „Małżonkiem”);

9. **Miesiąc polisowy** – okres jednego miesiąca liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
10. **Okres ubezpieczenia** – okres wyznaczony przez wskazane w Polisie datę początku i datę końca naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia;
11. **Partner Życiowy** – osoba, która:
 - 1) jako Ubezpieczony – w dniu podpisania lub w dniu złożenia Wniosku pozostaje z Pracownikiem w związku nieformalnym i która została wskazana przez Pracownika we Wniosku lub w innym dokumencie spełniającym nasze wymagania, o ile nie jest spokrewniona z Pracownikiem, a Pracownik i Partner Życiowy nie pozostają w związkach małżeńskich z osobami trzecimi, z zastrzeżeniem § 11 ust. 13 (zwana dalej „Partnerem Pracownika”);
 - 2) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Pracownikiem w związku nieformalnym i która została wskazana jako Partner Życiowy we Wniosku lub w innym dokumencie spełniającym nasze wymagania, o ile nie jest spokrewniona z Pracownikiem a Pracownik i Partner Życiowy nie pozostają w związkach małżeńskich z osobami trzecimi, z zastrzeżeniem § 11 ust. 14 (zwana dalej „Partnerem”);
12. **Pełnoletnie Dziecko** – osoba, która jako Ubezpieczony, jest dzieckiem Pracownika własnym lub przysposobionym w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, która ukończyła 18 lat;
13. **Polisa** – dokument ubezpieczenia, doręczany Ubezpieczającemu, potwierdzający zawarcie i określający warunki Umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności zakres ubezpieczenia, uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wysokość Sum ubezpieczenia oraz Świadczeń, wysokość Składek wraz z terminem ich płatności, odstępowstwa od OWU i Warunków umów dodatkowych;
14. **Poprzednia umowa ubezpieczenia grupowego** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, która obowiązywała u Ubezpieczającego bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia i w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w okresie bezpośrednio poprzedzającym objęcie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia, a która została skutecznie rozwiązana przed datą zawarcia z nami Umowy ubezpieczenia;
15. **Pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie stosunku pracy lub na podstawie umowy cywilnoprawnej, o ile stosunek pracy lub umowa cywilnoprawna z Ubezpieczającym trwa w sposób ciągły od momentu zawarcia i nie nastąpiła przerwa w okresie zatrudnienia. Za Pracownika uznaje się również Ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, w tym wspólnika spółki cywilnej, a także wspólnika Ubezpieczającego będącego osobową spółką prawa handlowego (tzw. Właścicieli);
16. **Prolongata płatności** – liczba dni, o którą odroczyliśmy opłacenie Składki należnej, liczona od dnia następującego po upływie terminu płatności;
17. **Propozycja ubezpieczenia** – kalkulacja kosztu ubezpieczenia i zakres ubezpieczenia, przygotowana przez nas na wniosek Ubezpieczającego na podstawie podanych przez Ubezpieczającego informacji i przekazywana Ubezpieczającemu przed złożeniem przez niego Wniosku o zawarcie. Propozycja ubezpieczenia nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów prawa cywilnego;
18. **Rok ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 Miesięcy polisowych, liczony od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz każdy kolejny taki okres, liczony od upływu poprzedniego okresu;
19. **Składka** – kwota wskazana w Polisie, kalkulowana w oparciu o dokonaną przez nas ocenę ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie:
 - a) Sum ubezpieczenia (właściwych dla Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych), oraz
 - b) wieku i liczby osób uprawnionych do objęcia ochroną ubezpieczeniową, oraz
 - c) rodzaju wykonywanej pracy przez osoby uprawnione do objęcia ochroną ubezpieczeniową, oraz
 - d) zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem okresów ograniczenia odpowiedzialności;
20. **Składka indywidualna** – kwota z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu w ramach Umowy ubezpieczenia, ustalona w oparciu o dokonaną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego w odniesieniu do Składki i z uwzględnieniem:
 - a) Sum ubezpieczenia (właściwych dla Umowy podstawowej oraz Umów dodatkowych), oraz
 - b) wieku i/lub stanu zdrowia tego Ubezpiezonego, oraz
 - c) zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu;
21. **Składka należna** – suma Składek indywidualnych z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej wszystkim Ubezpieczonym w ramach Umowy ubezpieczenia w okresie, za który należna jest Składka;
22. **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
23. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach (o ile taki sposób wypłaty przewiduje Umowa ubezpieczenia) dokonana na rzecz Ubezpiezonego, na rzecz Uposażonego lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia zgodnie z Umową ubezpieczenia;
24. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawarła Umowę ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek należnych;
25. **Ubezpieczony** – osoba, która została objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia;
26. **Umowa dodatkowa** – umowa grupowego ubezpieczenia rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy podstawowej o dodatkowe Zdarzenia ubezpieczeniowe. Zawierana jest pomiędzy nami a Ubezpieczającym na podstawie Warunków umowy dodatkowej łącznie z Umową podstawową lub w czasie jej obowiązywania. Umowa dodatkowa może również rozszerzać zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach innych Umów dodatkowych. Umowa dodatkowa zawierana jest pomiędzy nami a Ubezpieczającym na wniosek Ubezpieczającego (pod warunkiem zaakceptowania przez nas tego wniosku). Zawarcie Umowy dodatkowej potwierdzone jest w Polisie;
27. **Umowa podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU. Umowa podstawowa zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego (pod warunkiem zaakceptowania przez nas tego wniosku). Zawarcie Umowy podstawowej potwierdzone jest w Polisie;
28. **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy nami a Ubezpieczającym, obejmująca Umowę podstawową oraz wybrane Umowy dodatkowe, której zawarcie potwierdzone jest w Polisie;
29. **Unum (my)** – Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
30. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego zgodnie z postanowieniami § 14, jako Uposażony Główny lub jako Uposażony Zastępczy, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego;
31. **Uposażony Główny** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego;
32. **Uposażony Zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpiezonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpiezonego jedynie wtedy, gdy wskazanie wszystkich Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne;
33. **Warunki umów dodatkowych** – warunki ubezpieczenia, na podstawie których zawierane są Umowy dodatkowe;
34. **Wiek Ubezpiezonego** – liczba ukończonych, pełnych lat życia Ubezpiezonego;
35. **Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia grupowego na życie** – oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, złożone przez Ubezpieczającego na udostępnionym przez nas formularzu (zwany dalej „Wnioskiem o zawarcie”);
36. **Wniosek o przystąpienie do Umowy ubezpieczenia grupowego na życie** – oświadczenie woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia osoby ubiegającej się o objęcie ochroną ubezpieczeniową wraz z innymi oświadczeniami i zgodami tej osoby oraz oświadczenia i zgody Ubezpieczającego, składane na formularzu, który został przez nas udostępniony (zwany dalej „Wnioskiem”);
37. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wskazane w OWU lub w Warunkach umów dodatkowych, objęte ochroną

ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia, które wystąpiło w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy ubezpieczenia.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy podstawowej jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia udzielanego w ramach Umowy podstawowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy podstawowej.
3. Zakres ubezpieczenia udzielanego w ramach Umowy podstawowej może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Umowy dodatkowe, przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia mogą być dodatkowo życie, zdrowie Ubezpieczonego oraz inne Zdarzenia ubezpieczeniowe w życiu Ubezpieczonego, wymienione w Warunkach umów dodatkowych.
4. Zakres oraz warunki Umowy ubezpieczenia, a szczególnie wysokość Sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy podstawowej i Umów dodatkowych oraz wysokość Składek, zostaną potwierdzone w Polisie.

§ 4. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres jednego roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia określonej w Polisie.
2. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia przekazujemy Ubezpieczającemu OWU oraz Warunki umów dodatkowych.
3. Umowa ubezpieczenia zostanie zawarta pod warunkiem osiągnięcia limitu osób wskazanego w ust. 9 poniżej, opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za osoby, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz dostarczenia nam – przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia – następujących dokumentów:
 - a) Wniosku o zawarcie;
 - b) oryginałów prawidłowo wypełnionych Wniosków osób, które mają zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (o ile nie uzgodniliśmy z Ubezpieczającym innej formy składania Wniosków, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej);
 - c) listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia, które mają zostać objęte ochroną w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - d) odpisu z właściwego rejestru lub ewidencji działalności gospodarczej, do której wpisany jest Ubezpieczający;
 - e) innych wskazanych przez nas dokumentów niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli informacje zawarte w dokumentach, o których mowa w ust. 3 powyżej, w znaczący sposób różnią się od informacji przekazanych nam w celu przygotowania Propozycji ubezpieczenia lub jeżeli ryzyko odbiega od dopuszczalnego ryzyka ubezpieczeniowego, możemy zaproponować Ubezpieczającemu zawarcie Umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach lub odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli dokumenty wymienione w ust. 3 powyżej zostaną wypełnione nieprawidłowo lub będą niekompletne, w ciągu 5 Dni roboczych od daty ich otrzymania zwrócimy się do Ubezpieczającego z wnioskiem o uzupełnienie brakującej dokumentacji w wyznaczonym terminie. Po bezskutecznym upływie 30 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu wyżej wskazanego wniosku przyjmujemy się, że Umowa ubezpieczenia nie została zawarta z woli Ubezpieczającego.
6. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia możemy wymagać od Ubezpieczającego lub osoby ubiegającej się o objęcie ochroną dodatkowych informacji niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, jak również możemy skierować osobę ubiegającą się o objęcie ochroną na badania medyczne, których zakres określimy w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
7. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia doręczymy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku,

zobowiązujemy się zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy. W takim przypadku wyznaczymy co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami, o które wnioskował Ubezpieczający we Wniosku o zawarcie. W razie braku sprzeciwu Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

8. Umowa ubezpieczenia ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok ubezpieczenia, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej. Oświadczenie wyrażające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia lub przedłużenia jej na zmienionych warunkach musi zostać złożone drugiej stronie na piśmie najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 4–6.
9. Propozycja ubezpieczenia określa minimalny limit osób przystępujących do Umowy Ubezpieczenia, które muszą spełnić warunki uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wymagany przez nas do zawarcia i trwania Umowy ubezpieczenia, chyba że w Polisie postanowiono inaczej. Jeśli do dnia ustalonego pomiędzy nami a Ubezpieczającym minimalny limit osób nie zostanie osiągnięty, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta.
10. Jeżeli w ostatnim dniu Roku ubezpieczenia nie zostanie spełniony warunek, o którym mowa w ust. 9 powyżej, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem Miesiąca polisowego, w którym Ubezpieczający otrzymał od nas zawiadomienie o niespełnieniu tego warunku.
11. Przystąpienie przez Ubezpieczonego do Umowy dodatkowej jest możliwe wyłącznie w przypadku przystąpienia do Umowy podstawowej.
12. Umowy dodatkowe mogą być zawarte w dniu zawarcia Umowy podstawowej lub w trakcie obowiązywania Umowy podstawowej, tj. w terminie późniejszym, uzgodnionym pomiędzy nami a Ubezpieczającym.
13. W przypadku rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Polisy a postanowieniami OWU bądź Warunkami umów dodatkowych pierwszeństwo mają postanowienia Polisy.

§ 5. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy ubezpieczenia poprzez złożenie nam pisemnego oświadczenia w terminie 7 dni (jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą) lub w terminie 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy nie poinformujemy Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zwracamy Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym mamy prawo zatrzymać część Składki należnej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ubezpieczającego w każdym czasie na podstawie pisemnego wypowiedzenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu także w przypadku:
 - a) wystąpienia zaległości w opłaceniu Składki należnej, zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 4, wraz z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty,
 - b) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia wyrażającego wolę nieprzedłużania Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 8, wraz z upływem ostatniego dnia Roku ubezpieczenia,
 - c) niespełnienia warunku minimalnego limitu osób, o którym mowa w § 4 ust. 9 wraz z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym Ubezpieczający otrzymał zawiadomienie, o którym mowa w § 4 ust. 10,

- d) złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust. 4, wraz z upływem ostatniego dnia Roku ubezpieczenia,
 - e) złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 5, z dniem złożenia tego oświadczenia.
3. Z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia ulegają rozwiązaniu Umowa podstawowa oraz wszystkie Umowy dodatkowe obowiązujące w ramach Umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZMIANA WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zmiana warunków Umowy ubezpieczenia wymaga:
 - a) uzgodnień pomiędzy stronami potwierdzonych w formie pisemnej;
 - b) uprzedniej zgody Ubezpieczonego, gdy zmiana jest niekorzystna dla Ubezpieczonego, lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia prześlemy Ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
3. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu na piśmie lub – jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.
4. Przed upływem każdego Roku ubezpieczenia możemy zaproponować Ubezpieczającemu zmianę warunków Umowy ubezpieczenia. Propozycję takiej zmiany przekazujemy Ubezpieczającemu w formie pisemnej (lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami) najpóźniej na 30 dni przed końcem danego Roku ubezpieczenia. Odmowa przyjęcia zaproponowanych warunków, złożona przez Ubezpieczającego w formie pisemnej (lub innej uzgodnionej pomiędzy stronami) nie później niż w ostatnim dniu danego Roku ubezpieczenia, jest równoznaczna ze złożeniem przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Rok ubezpieczenia.
5. Zastrzegamy sobie prawo do wyliczenia przed rozpoczęciem każdego Roku ubezpieczenia Granicznej sumy ubezpieczenia. Wysokość Granicznej sumy ubezpieczenia zostanie określona w Polisie.
6. Warunki Umowy ubezpieczenia mogą zostać zmienione na podstawie wniosku, złożonego przez Ubezpieczającego nie później niż na 30 dni przed upływem każdego Roku ubezpieczenia, pod warunkiem akceptacji przez nas tego wniosku, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

§ 8. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Zobowiązani jesteśmy do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, a w szczególności do:
 - a) przekazywania Ubezpieczającemu, a Ubezpieczonemu na jego prośbę, w sposób wskazany w § 7 ust. 2 informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na zmianę;
 - b) potwierdzania zmian na liście osób objętych ochroną ubezpieczeniową;
 - c) przygotowywania dla Ubezpieczonych Certyfikatów;
 - d) informowania Ubezpieczonego, Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia o dokumentach niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do prawidłowego i terminowego wypełniania obowiązków niezbędnych do realizacji Umowy ubezpieczenia, a w szczególności do:
 - a) przekazywania osobom ubiegającym się o objęcie ochroną ubezpieczeniową – przed wyrażeniem przez nie zgody na objęcie przez nas ochroną i złożeniem Wniosku – warunków Umowy ubezpieczenia, a w szczególności – OWU, Warunków umów dodatkowych wraz z załącznikami stanowiącymi ich integralną część, będących podstawą zawarcia Umowy ubezpieczenia, oraz innych wskazanych przez nas dokumentów;
 - b) przekazywania Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, o których mowa w § 7 ust. 3, we wskazany tam sposób i w określonych terminach;
 - c) terminowego opłacania Składek należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia za wszystkich Ubezpieczonych;
 - d) dostarczania do nas przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia wraz z ich Wnioskami (o ile wraz z Ubezpieczającym nie uzgodniliśmy innej formy składania Wniosków, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszy dzień Miesiąca polisowego, za który została opłacona Składka należna i w którym osoby te przystępują do Umowy ubezpieczenia;
 - e) dostarczania do nas listy osób występujących z Umowy ubezpieczenia najpóźniej w ostatnim dniu Miesiąca polisowego, za który została opłacona Składka należna za te osoby, z zastrzeżeniem że za prawidłowość przekazanych informacji odpowiada Ubezpieczający;
 - f) przekazywania Ubezpieczonemu Certyfikatów;
 - g) niezwłocznego informowania nas o zmianie danych Ubezpieczonych (jeśli jest w ich posiadaniu) i Ubezpieczającego, niezbędnych do prawidłowego wykonywania Umowy ubezpieczenia;
 - h) udostępniania do naszego wglądu dokumentów znajdujących się w posiadaniu Ubezpieczającego, które mają znaczenie dla ustalenia naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia, jak również wysokości Składki.
3. Ubezpieczający za naszą zgodą może przenieść prawa i obowiązki wynikające z Umowy ubezpieczenia na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot ten podmiot staje się Ubezpieczającym. Przeniesienie praw i obowiązków, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, wymaga naszej uprzedniej pisemnej zgody pod rygorem nieważności.

§ 9. SKŁADKA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki należnej za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
2. Składka należna może być opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Wysokość Składki oraz termin płatności i częstotliwość jej opłacania określone są w Polisie.
3. Składki należne powinny być opłacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na nasz rachunek bankowy wskazany w Polisie.
4. Składkę należną uważa się za opłaconą w dacie uznania naszego rachunku bankowego.
5. Ubezpieczający najpóźniej w dniu poprzedzającym datę zawarcia Umowy ubezpieczenia, a następnie po dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia – nie później niż w ostatnim dniu Miesiąca polisowego bezpośrednio poprzedzającego okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej – przesyła do nas z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej zestawienie przygotowane według wzoru uzgodnionego z nami, określające aktualną listę Ubezpieczonych oraz kwotę Składki indywidualnej odprowadzonej na rzecz każdego z nich.
6. Jeżeli kwota wpłacona przez Ubezpieczającego tytułem Składki jest niższa od wysokości Składki należnej, przyjmuje się, że Składka należna nie została opłacona.
7. Obowiązek terminowego opłacania Składki należnej przez cały okres trwania naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia spoczywa na Ubezpieczającym.

8. W przypadku zaległości w opłacaniu Składek należnych wpłacane kolejne kwoty zostaną przeznaczone na pokrycie poprzednich zaległych składek.

§ 10. PROLONGATA

1. Jeżeli w Polisie nie zastrzeżono inaczej, dopuszczalny okres Prolongaty płatności wynosi 30 dni, z wyjątkiem terminu płatności pierwszej Składki należnej, której termin wymagalności przypada na dzień poprzedzający datę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. W okresie Prolongaty płatności ochrona ubezpieczeniowa nie ulega zmianie i nie nalicza się odsetek za zwłokę.
3. W przypadku nieopłacenia Składki należnej w terminie płatności pisemnie wezwiemy Ubezpieczającego do opłacenia Składki należnej, wyznaczając dodatkowy 14-dniowy termin zapłaty, z zagrożeniem iż nieopłacenie Składki należnej we wskazanym terminie spowoduje ustanie naszej odpowiedzialności i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Składka należna nie zostaje zapłacona do końca dodatkowego terminu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ona z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu, chyba że wraz z Ubezpieczającym porozumiemy się odnośnie do dalszego trwania Umowy ubezpieczenia.
5. Za okres udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić Składkę należną.

§ 11. PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA, OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ ORAZ WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Uprawniona do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia jest osoba, która łącznie spełnia następujące warunki:
 - a) ukończyła 16 lat i nie ukończyła 69 lat;
 - b) jest Pracownikiem albo Członkiem rodziny z tym zastrzeżeniem, iż w przypadku gdy uprawniony do objęcia ochroną ubezpieczeniową Członek rodziny jest równocześnie uprawnionym do objęcia ochroną Pracownikiem, każda z tych osób w ramach Umowy ubezpieczenia może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową tylko raz: albo jako Pracownik, albo jako Małżonek Pracownika, albo jako Partner Pracownika, albo jako Pełnoletnie Dziecko. W ramach Umowy ubezpieczenia wyklucza się możliwość ubezpieczenia jednej osoby równocześnie jako Pracownika oraz jako Małżonka Pracownika, Partnera Pracownika lub Pełnoletnie Dziecko;
 - c) w dniu podpisania Wniosku lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez nas możliwości składania Wniosków z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej), a także w dniu wyrażenia przez nas zgody na objęcie ochroną nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręczeniami, zwichnięciami, ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny), w hospicjum, szpitalu ani innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nie ma orzeczonej niezdolności do pracy, ani też nie ubiega się o takie orzeczenie, nie otrzymuje świadczenia rehabilitacyjnego, ani też nie ubiega się o nie;
 - d) spełniła dodatkowe kryteria kwalifikacji uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową, wskazane przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez nas i potwierdzone w Polisie;
 - e) przedstawiła dodatkowe informacje niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową, określone w Polisie, o których mowa w ust. 6 poniżej, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej oraz o ile w Propozycji ubezpieczenia i Polisie nie zastrzeżono inaczej.
2. Ochroną ubezpieczeniową – pod warunkiem wyrażenia przez nas zgody – zostanie objęta osoba spełniająca warunki określone w ust. 1 powyżej, która:
 - a) przed dniem objęcia ochroną wyraziła zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, w tym na wysokość Sum ubezpieczenia;
 - b) podpisała lub złożyła Wniosek (w przypadku udostępnienia przez nas możliwości składania Wniosków z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej);
 - c) została umieszczona przez Ubezpieczającego na liście osób przystępujących do ubezpieczenia, a Składka należna

objęta tą osobą została opłacona przed upływem terminu płatności, z zastrzeżeniem ust. 6 i ust. 7 poniżej.

3. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia może nastąpić na podstawie Wniosku oraz innych dokumentów wymaganych przez nas, podpisanych lub złożonych (w przypadku udostępnienia przez nas możliwości składania Wniosku oraz innych dokumentów z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową nie wcześniej niż na 60 dni przed wnioskowaną datą objęcia ochroną ubezpieczeniową.
4. Jeśli Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych wnioskowana dla osoby ubiegającej się o objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia przekracza Graniczną sumę ubezpieczenia, obejmujemy tę osobę ochroną ubezpieczeniową do wysokości Granicznej sumy ubezpieczenia. Objęcie ochroną ubezpieczeniową do pełnej wysokości wnioskowanej Sumy ubezpieczenia może nastąpić po przeprowadzeniu indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zgodnie z § 4 ust. 6. Objęcie ochroną ubezpieczeniową do pełnej wysokości wnioskowanej Sumy ubezpieczenia będzie skuteczne od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym zaakceptowaliśmy ryzyko ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. W przypadkach wskazanych w ust. 4 powyżej każdorazowo poinformujemy Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, o wysokości Sumy ubezpieczenia oraz o terminie, od którego objęcie to będzie skuteczne.
6. Przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową możemy wymagać od osoby, która złożyła Wniosek, dodatkowych informacji niezbędnych do objęcia jej ochroną ubezpieczeniową, określonych w Polisie, oraz skierować tę osobę na badania medyczne, których zakres określimy w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
7. Zastrzegamy sobie prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową lub zaproponowania odmiennych warunków udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie informacji lub wyników badań, o których mowa w ust. 6 powyżej. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową na odmiennych warunkach jest wyrażenie zgody na zaproponowane zmiany przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną ubezpieczeniową.
8. Osoba, która nie spełnia warunków wskazanych w ust. 1 powyżej, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
9. Osoby, które nie spełniają warunku wskazanego w ust. 1 pkt c) powyżej, nabywają uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po zakończeniu odpowiednio zwolnienia lekarskiego dłuższego niż 14-dniowe, pobytu w hospicjum, pobytu w szpitalu lub innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, po zakończeniu pobierania zasiłku rehabilitacyjnego, po utracie prawa do świadczenia z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy.
10. Za dzień nabycia przez Pracownika uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową uważa się późniejszą z dat: datę zawarcia Umowy ubezpieczenia lub pierwszy dzień Miesiąca polisowego następującego po Dacie zatrudnienia Pracownika, z zastrzeżeniem ust. 9 powyżej.
11. Za dzień nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Członka rodziny uważa się późniejszą z dat:
 - a) dzień nabycia uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Pracownika, lub
 - b) dzień wejścia w życie Pakietu podstawowego dla Członków rodziny, lub
 - c) pierwszy dzień Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym:
 - i. został zawarty związek małżeński – w przypadku Małżonka Pracownika,
 - ii. nastąpiło osiągnięcie pełnoletniości – w przypadku Pełnoletniego Dziecka.
12. Jeżeli Data zatrudnienia, data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku Małżonka Pracownika) lub data osiągnięcia pełnoletniości (w przypadku Pełnoletniego Dziecka) przypada na

pierwszy dzień Miesiąca polisowego, wówczas za dzień nabycia uprawnień uważa się ten dzień.

13. Partner Pracownika może zostać zgłoszony i przystąpić do ubezpieczenia jako Ubezpieczony w dacie przystąpienia Pracownika do Umowy ubezpieczenia lub po tej dacie, ze skutkiem od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po dacie zgłoszenia, z zastrzeżeniem ust. 15 poniżej.
14. Partner może zostać wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku lub w innym dokumencie spełniającym nasze wymagania w formie pisemnej (lub innej zaakceptowanej przez nas formie, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) w dacie przystąpienia Pracownika do Umowy ubezpieczenia lub po tej dacie, ze skutkiem od dnia, w którym otrzymaliśmy informację o wskazaniu Partnera z zastrzeżeniem ust. 15 poniżej.
15. Zmiana Partnera Pracownika jako Ubezpieczonego lub zmiana wskazania Partnera jest możliwa tylko jeden raz w Roku ubezpieczenia, w rocznicę Polisy odpowiadającej każdej kolejnej dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia.
16. Ochroną ubezpieczeniową nie zostanie objęty Członek rodziny, jeżeli dany Pracownik nie został objęty ochroną ubezpieczeniową.
17. Osoba, która nie spełnia warunków wskazanych w niniejszym paragrafie, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.
18. Osoba, za którą nie została opłacona Składka należna, nie zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową.
19. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

§ 12. POCZĄTEK I KONIEC NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI W ODNIESIENIU DO UBEZPIECZONEGO

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w Certyfikacie, z zastrzeżeniem postanowień § 11.
2. Nasza odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem kończy się:
 - a) z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - i. Ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - ii. pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym ustał stosunek pracy albo umowa cywilnoprawna, na podstawie której Ubezpieczający zatrudniał Ubezpieczonego, została rozwiązana, z zastrzeżeniem pkt b) poniżej;
 - iii. Ubezpieczony rozpoczął urlop bezpłatny dłuższy niż jeden miesiąc kalendarzowy;
 - iv. Ubezpieczony rozpoczął urlop wychowawczy, z zastrzeżeniem że nasza odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego nie ulega zakończeniu, jeżeli w okresie trwania urlopu wychowawczego za tego Ubezpieczonego zostanie opłacona składka na zasadach przewidzianych w niniejszych OWU i w Polisie;
 - v. Ubezpieczony utracił uprawnienia do ochrony ubezpieczeniowej ze względu na niespełnienie kryterium kwalifikacji, o którym mowa w § 11 ust. 1 pkt d);
 - b) z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym ustał stosunek pracy albo umowa cywilnoprawna, na podstawie której Ubezpieczony był zatrudniony u Ubezpieczającego, została rozwiązana. Na wniosek Ubezpieczającego zaakceptowany przez nas, nasza odpowiedzialność w stosunku do tego Ubezpieczonego może zostać przedłużona o jeden Miesiąc polisowy – ale nie później niż do końca okresu, za który została opłacona składka;
 - c) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
 - d) z upływem ostatniego dnia wskazanego przez nas dodatkowego terminu, o którym mowa w § 10 ust. 3 – w przypadku niezapłacenia Składek należnej;
 - e) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - f) z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy oświadczenie Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia;
 - g) w dniu upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, w przypadku jej nieprzedłużenia;
 - h) w dniu odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia.

3. Nasza odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego będącego Członkiem rodziny kończy się:
 - a) z upływem ostatniego dnia, w którym zakończyła się nasza odpowiedzialność w stosunku do Ubezpieczonego będącego Pracownikiem, z zastrzeżeniem że w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącego Pracownikiem ochrona w stosunku do Członka rodziny kończy się z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego będącego Pracownikiem;
 - b) z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym nastąpiło jedno ze zdarzeń:
 - i. Ubezpieczony będący Małżonkiem Pracownika albo Partnerem Pracownika, albo Pełnoletnim Dzieckiem ukończył 70 lat;
 - ii. ustał związek małżeński pomiędzy Ubezpieczonym będącym Pracownikiem a Ubezpieczonym będącym Małżonkiem Pracownika;
 - iii. Ubezpieczony będący Pracownikiem wskazał inną osobę jako Partnera Pracownika, zgodnie z § 11 ust. 15;
 - c) w dniu śmierci Ubezpieczonego będącego Członkiem rodziny;
 - d) z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy oświadczenie Członka rodziny o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.
4. Nasza odpowiedzialność z tytułu danej Umowy dodatkowej kończy się w dniu rozwiązania:
 - a) Umowy podstawowej, lub
 - b) danej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3 powyżej.
5. W przypadku zakończenia urlopu bezpłatnego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po spełnieniu przez osobę ubiegającą się o objęcie ochroną warunków, o których mowa w § 11, z zastrzeżeniem że jeżeli ponowne złożenie przez Ubezpieczonego Wniosku nastąpi przed początkiem Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym nastąpił powrót do pracy w związku z zakończeniem urlopu bezpłatnego trwającego nie dłużej niż 6 miesięcy, wówczas na potrzeby ustalenia okresów ograniczenia odpowiedzialności określonych w Warunkach umów dodatkowych oraz stosowania ograniczenia odpowiedzialności dotyczącego samobójstwa zgodnie z § 15 uwzględnia się okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego bezpośrednio przed początkiem urlopu bezpłatnego.

§ 13. ZMIANA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Umowa ubezpieczenia dla wyodrębnionych grup Ubezpieczonych może określać odmienne parametry ubezpieczenia dotyczące zakresu ochrony, wysokości Składek oraz Sum ubezpieczenia (zwane dalej „Pakietami”).
2. Parametry ubezpieczenia w ramach danego Pakietu są jednakowe dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w tym Pakiecie.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej, wysokość Składek indywidualnych oraz wysokość Sum ubezpieczenia mogą być różne dla poszczególnych Pakietów funkcjonujących w ramach jednej Umowy ubezpieczenia. Rodzaje, w tym parametry poszczególnych Pakietów oraz warunki uprawniające do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Pakietu określone są w Polisie.
4. W ramach jednej Umowy ubezpieczenia może występować jeden lub więcej Pakietów podstawowych i jeden lub więcej Pakietów dodatkowych. Liczba Pakietów podstawowych i liczba Pakietów dodatkowych określone są w Polisie.
5. W tym samym czasie Ubezpieczony może być objęty ochroną w ramach tylko jednego Pakietu podstawowego.
6. Ubezpieczony może zmienić Pakiet podstawowy lub może zostać objęty ochroną w ramach Pakietu dodatkowego, lub może z niego zrezygnować, jeżeli taka możliwość została przewidziana w Polisie.
7. Zmiana Pakietu podstawowego lub objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego są możliwe po spełnieniu przez Ubezpieczonego warunków uprawniających do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach wnioskowanego Pakietu oraz po uzyskaniu naszej akceptacji.
8. Zmiana Pakietu podstawowego, objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego lub rezygnacja z Pakietu dodatkowego

wymaga złożenia przez Ubezpieczonego w formie pisemnej (lub innej zaakceptowanej przez nas formie, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) wniosku o dokonanie zmiany.

9. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w ust. 7 powyżej zmiana Pakietu podstawowego lub objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego, staje się skuteczne z pierwszym dniem kolejnego Miesiąca polisowego, pod warunkiem że wniosek o dokonanie zmiany został złożony i zaakceptowany przez nas przed rozpoczęciem tego Miesiąca polisowego, z zastrzeżeniem ust. 10 i ust. 11 poniżej, chyba że Polisa stanowi inaczej. Rezygnacja z Pakietu dodatkowego możliwa jest jeden raz w Roku ubezpieczenia, w rocznicę Polisy odpowiadającej każdej kolejnej dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia, chyba że Polisa stanowi inaczej.
10. Zmiana Pakietu podstawowego lub objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego możliwe są jedynie w przypadku Ubezpieczonych, którzy w dniu podpisania lub w dniu złożenia wniosku o zmianę (w przypadku udostępnienia przez nas możliwości składania wniosków w innej formie niż pisemna, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) nie przebywają na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami, ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny), w hospicjum, szpitalu ani innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nie mają orzeczonej niezdolności do pracy ani też nie ubiegają się o takie orzeczenie, nie otrzymują świadczenia rehabilitacyjnego ani też nie ubiegają się o nie.
11. Przed wyrażeniem zgody na:
 - a) zmianę Pakietu podstawowego skutkującą rozszerzeniem zakresu ochrony lub podwyższeniem Sumy ubezpieczenia,
 - b) objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego,
 - c) podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach danego Pakietu podstawowego lub Pakietu dodatkowego,
 możemy wymagać od Ubezpieczonego dodatkowych niezbędnych informacji, jak również możemy skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
12. Jeżeli w dniu podpisania wniosku o zmianę lub w dniu jego złożenia (w przypadku udostępnienia przez nas możliwości składania wniosków w innej formie niż pisemna, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej) w stosunku do Ubezpieczonego nie zostały spełnione warunki, o których mowa w ust. 10 i ust. 11 powyżej, uprawniające do zmiany zakresu ochrony, zmiana Pakietu skutkująca podwyższeniem Sumy ubezpieczenia lub objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego, lub podwyższenie Sumy ubezpieczenia w ramach danego Pakietu są możliwe od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po spełnieniu tych warunków, z zastrzeżeniem ust. 13 poniżej, chyba że Polisa stanowi inaczej.
13. W przypadku wskazanym w ust. 11 powyżej Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć określone przez nas dokumenty potwierdzające spełnienie przez Ubezpieczonego warunków uprawniających do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach wnioskowanego Pakietu.

§ 14. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA

1. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych, w których ramach Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego, przysługuje Uposażonemu.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych, wraz z określeniem procentowego udziału każdej z tych osób w kwocie Świadczenia.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie dokonać zmiany lub odwołania wcześniej wskazanych Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych.
4. Wskazanie, zmiana lub odwołanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez nas pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego lub jego

złożenia przez Ubezpieczonego (w przypadku udostępnienia przez nas możliwości wskazania, zmiany lub odwołania Uposażonego w innej formie niż pisemna, w tym z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej).

5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Głównych, ale nie określił ich udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
6. Uposażeni Zastępczy będą uprawnieni do otrzymania Świadczenia jedynie wtedy, gdy wskazanie wszystkich Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne.
7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Zastępczych, ale nie podał ich procentowego udziału w kwocie Świadczenia, ich udziały będą uznane za równe.
8. W przypadku gdy suma określonych przez Ubezpieczonego udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, wówczas przyjmuje się, że udziały poszczególnych osób w kwocie Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
9. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub jednocześnie z nim. W takim przypadku udział tego Uposażonego w kwocie Świadczenia zostanie rozdzielony pomiędzy pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do wysokości ich udziałów w kwocie Świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 6 powyżej.
10. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnych Uposażonych, odwołął wcześniej wskazanych Uposażonych lub wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne, zgodnie z ust. 9 powyżej, Świadczenie jest wypłacane najbliższej rodzinie Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) dzieciom;
 - 3) rodzicom;
 - 4) rodzeństwu.
11. Otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczone do grupy wymienionej w pierwszej kolejności w ust. 10 powyżej wyklucza otrzymanie Świadczenia przez osoby zaliczane do kolejnej grupy. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują Świadczenia w równych częściach.

§ 15. WYŁĄCZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności wskazane w ust. 2 poniżej mają zastosowanie do Umowy podstawowej.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej.

§ 16. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ



FORMULARZ ON-LINE

za pośrednictwem aplikacji na stronie
www.unum.pl



OSOBIŚCIE

zgłaszając się z wnioskiem o wypłatę świadczenia do wybranego oddziału Unum lub do centrali Unum



KORRESPONDENCYJNIE

wysyłając komplet dokumentów
do Działu Wypłaty Świadczeń

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego objętej zakresem ubezpieczenia na podstawie Umowy podstawowej wypłacimy Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego, pod warunkiem że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania przez nas ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 15 ust. 2.
 2. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia powinno być złożone bez zbędnej zwłoki, w formie pisemnej lub innej zaakceptowanej przez nas.
 3. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, poinformujemy o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmiemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także poinformujemy osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 4. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
 5. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, jak również wysokości Świadczenia możemy skierować Ubezpieczonego na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne są przeprowadzane we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania się tym badaniom, możemy uchylić się od wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii wyznaczonego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o:
 - a) komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności, wskazanych w OWU,
 - b) wyniki badań, na które skierowaliśmy Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 5 powyżej.
 7. W celu zbadania okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, a także ustalenia prawa do Świadczenia zastrzegamy sobie prawo wystąpienia z wnioskiem do sądu, prokuratury, policji i innych organów i instytucji o udzielenie dodatkowych informacji i udostępnienie materiałów dotyczących Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 8. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do naszej wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które zapytywaliśmy we Wniosku oraz w innych dodatkowych pismach niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W razie niedopełnienia powyższego obowiązku przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości. Jeżeli powyższy obowiązek nie został dopełniony z winy umyślnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do naszej wiadomości.
 9. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, nie możemy podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do Umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
 10. Świadczenie wypłacimy najpóźniej w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym objętym naszą odpowiedzialnością.
 11. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część Świadczenia wypłacimy w terminie określonym w ust. 10 powyżej.
 12. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 13. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy podstawowej konieczne jest przedstawienie nam następujących dokumentów:
 - a) prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginału odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kopii karty zgonu lub jeśli jej uzyskanie nie jest możliwe – innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - d) kopii dokumentu tożsamości Uposażonych albo innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności Świadczenia – na nasz wniosek.
 14. Podstawą ustalenia przez nas odpowiedzialności z tytułu Umowy podstawowej oraz z tytułu Umów dodatkowych jest komplet wymaganych dokumentów, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, wskazanych przez nas odpowiednio w Umowie podstawowej oraz w poszczególnych Umowach dodatkowych. W przypadku ich braku możemy uchylić się od wypłaty Świadczenia.
 15. W przypadku, gdy odmówimy wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia w całości lub części, Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia może złożyć do nas odwołanie, które rozpatrzymy w trybie rozpatrywania skarg i reklamacji określonym w § 18.
 16. W przypadku przedstawienia kopii dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności celem wypłaty Świadczenia, wskazanych w Umowie podstawowej lub w poszczególnych Umowach dodatkowych, kopie te powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza albo instytucję, która wydała dokument, albo przez osoby przez nas upoważnione.
 17. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia zobowiązana jest do dostarczenia do nas dokumentów niezbędnych do ustalenia prawa do Świadczenia przetłumaczonych na język polski przez tłumacza przysięgłego. Nie pokrywamy kosztów tłumaczenia.
- ## § 17. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA
1. Ubezpieczony będący Pracownikiem, którego ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia zakończyła się z powodów, o których mowa w § 12 ust. 2 pkt a) tiret ii, iii lub iv oraz w § 12 ust. 2 pkt b), a wówczas także Członek rodziny (o ile był objęty ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia) mogą zawrzeć z nami umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej. Ubezpieczony, o którym mowa w § 12 ust. 2 pkt a) tiret iv, może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji, o ile nie pozostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.
 2. Warunkiem zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie jest łączne spełnienie następujących przesłanek:
 - a) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do osoby wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, udzielana przez nas z tytułu Umowy ubezpieczenia trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, do którego to okresu, pod warunkiem zachowania ciągłości, zaliczony zostanie okres obejmowania tej osoby ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego;
 - b) pisemny wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie został złożony przed upływem 60 dni od daty zakończenia udzielania przez nas osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - c) zapłata pierwszej składki z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie zostanie dokonana przed upływem 60 dni od daty zakończenia udzielania przez nas osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, wnioskującej o zawarcie

umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż składkę uważa się za opłaconą w dacie uznania naszego rachunku bankowego.

3. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie może zostać zawarta na zaproponowanych przez nas warunkach.
4. Zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie zostanie potwierdzone polisą.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego określona w ramach umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie nie może przekroczyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy podstawowej w ramach Umowy ubezpieczenia zastrzeżonej dla osoby wnioskującej o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie, o ile osoba wnioskująca ani my nie postanowimy inaczej.
6. W przypadku zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia może nastąpić nie wcześniej niż z pierwszym dniem Miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym rozwiązana została umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie i po spełnieniu przez osobę wnioskującą o objęcie ochroną warunków uprawniających do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, o których mowa w § 11.
7. Ponowne przystąpienie do Umowy ubezpieczenia bez rozwiązania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub bez poddania się weryfikacji medycznej staje się bezskuteczne. Dokonamy wówczas zwrotu składek wpłaconych z tego tytułu.

§ 18. SKARGI I REKLAMACJE

1. Skargi lub reklamacje dotyczące świadczonych przez nas usług mogą być składane w następujący sposób:
 - a) w formie pisemnej:
 - i. korespondencyjnie na adres siedziby lub naszego oddziału;
 - ii. osobiście w siedzibie lub naszym oddziale;
 - b) ustnie: pod numerem tel. 800 33 55 33 albo osobiście w siedzibie lub naszym oddziale;
 - c) w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail: kontakt@unum.pl.
2. Umocowany do tego pracownik rozpatrzy i udzieli pisemnej odpowiedzi na skargę lub reklamację bez zbędnej zwłoki, jednakże nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi lub reklamacji i udzielenie odpowiedzi w wyżej wskazanym terminie:
 - a) poinformujemy osobę składającą skargę lub reklamację o przyczynach niedotrzymania terminu,
 - b) wskażemy okoliczności, które muszą zostać ustalone dla jej rozpatrzenia,
 - c) wskażemy nowy termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub reklamację, nie dłuższy jednak niż 60 dni od dnia otrzymania skargi lub reklamacji.
3. W przypadku gdy nasza odpowiedź nie będzie satysfakcjonująca, wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego lub do Komisji Nadzoru Finansowego, której nadzorowi podlegamy. Dodatkowo konsument ma prawo zwrócić się o udzielenie pomocy do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
4. W przypadku sporu sprawa może zostać skierowana do pozasądowego postępowania prowadzonego przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej: www.rf.gov.pl) lub na drogę sądową.

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zawiadomienia, oświadczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia, dotyczące Umowy ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, na adres naszej siedziby lub oddziału, chyba że umówiono się inaczej.
2. Zarówno Ubezpieczony, Ubezpieczający, jak i my zobowiązani jesteśmy informować się o każdej zmianie adresu korespondencyjnego oraz innych danych kontaktowych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją Umowy ubezpieczenia.

3. Pisma skierowane do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia kierowane są na ostatni znany przez nas adres korespondencyjny, a w przypadku gdy osoby te wyraziły zgodę na taką formę, na ostatni adres poczty elektronicznej podany przez te osoby albo w inny uzgodniony sposób.
4. Osoby uprawnione z tytułu Umowy ubezpieczenia nie mogą przenieść swych uprawnień wobec nas na rzecz osób trzecich bez naszej uprzedniej pisemnej zgody.
5. Jeśli dojdzie do zmiany przepisów prawa wpływających na zakres lub treść Umowy ubezpieczenia, w celu jej dostosowania do zmienionych przepisów możemy dokonać zmiany OWU, o ile nie będzie to sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa. Wówczas prześlemy Ubezpieczającemu, a Ubezpieczonemu na jego prośbę treść zmian oraz poinformujemy ich o wpływie tych zmian na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku, o ile strony nie uzgodnią inaczej, zmiana OWU wejdzie w życie z upływem jednego miesiąca od dnia doręczenia zmienionych OWU Ubezpieczającemu, chyba że przed upływem tego terminu Ubezpieczający dokona wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
6. Opodatkowanie Świadczeń w przypadku osób fizycznych regulują właściwe przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. W przypadku osób prawnych albo innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych opodatkowanie Świadczeń regulują właściwe przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenia wypłacane przez nas nie podlegają opodatkowaniu na podstawie przepisów ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn.
7. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, jak również spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. Ujawniamy sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej na swojej stronie internetowej pod adresem www.unum.pl.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, Warunkami umów dodatkowych lub Umową ubezpieczenia zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, które jest prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia.
10. Niniejsze Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami ŚNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW wprowadza się następującą definicję:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;

- b) popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;
- c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚNW.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kopię karty zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopie dokumentów tożsamości Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku komunikacyjnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami ŚWK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚWK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK wprowadza się następujące definicje:
 - Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony i przeznaczony do:
 - poruszania się po drodze w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym z wyłączeniem quadów, rowerów, wózków rowerowych, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego;
 - przewozu osób lub rzeczy poruszający się po szynach;
 - poruszania się po śródlądowych drogach wodnych w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej, a także do żeglugi morskiej w rozumieniu przepisów Kodeksu morskiego;
 - poruszania się w ruchu powietrznym, będący samolotem pasażerskim koncesjonowanych linii lotniczych;

- Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego i niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony nie poruszał się Pojazdem komunikacyjnym, ale został przez niego uderzony.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku komunikacyjnego;
 - śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Wypadku komunikacyjnego;
 - Wypadek komunikacyjny i śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdu komunikacyjnego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, wodnego oraz powietrznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - d) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku komunikacyjnego, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚWK.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWK ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kopię karty zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK WYPADKU W PRACY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami ŚWP”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚWP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚWP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:
 - i. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego na rzecz pracodawcy w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych lub w związku z wykonywaniem ww. czynności lub poleceń;

- ii. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego ww. czynności na rzecz pracodawcy lub w związku z ich wykonywaniem, nawet bez polecenia;
- iii. w czasie pozostawania przez Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej;
- iv. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w tiret i., ii., iii. powyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Wypadek w pracy musi zostać potwierdzony w protokole powypadkowym BHP, sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za Wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku w pracy;
 - b) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Wypadku w pracy;
 - c) Wypadek w pracy i śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP nie zostanie wypłacone jeżeli śmierć Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy nastąpiła w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku w pracy;
 - d) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - e) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, wodnego lub powietrznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - f) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
 - g) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych, regulaminu pracy.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego na skutek Wypadku w pracy, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności, zgodnie z Warunkami ŚWP.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚWP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kopię karty zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - d) kopie dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę; protokoły BHP);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami ŚZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚZU stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU wprowadza się następujące definicje:
 - Śmierć na skutek udaru mózgu** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu, który w karcie zgonu, w protokole badania sekcijnego lub innej dokumentacji medycznej został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Ubezpieczonego. Wystąpienie udaru mózgu musi być poparte dokumentacją medyczną;
 - Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego** – śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego, który w karcie zgonu, w protokole badania sekcijnego lub innej dokumentacji medycznej został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Ubezpieczonego. Wystąpienie zawału mięśnia sercowego musi być poparte dokumentacją medyczną.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU jest Śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć Ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierci na skutek udaru mózgu był odpowiednio zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu;
 - zarówno zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, jak i Śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć na skutek udaru mózgu nastąpiła w wyniku:
 - działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - popęnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, w okresie 2 lat od daty, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU nie zostanie wypłacone jeżeli Śmierć Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć Ubezpieczonego na skutek udaru mózgu nastąpiła w wyniku odpowiednio zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu pozostającego w związku przyczynowo-skutkowym z chorobami, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego lub z powodu których postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed datą, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.
4. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Ubezpieczonego na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚZU.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚZU ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) oryginał odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) kopię karty zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci (np. protokół badania sekcyjnego, kartę wyjazdową pogotowia ratunkowego);
 - d) kopię dokumentów tożsamości osób Uposażonych lub innych osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i 9–12 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami UNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UNW;
 - c) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW;
 - d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Norm NW procentu dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub danej kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu.
8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW.
9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wypłacimy Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
10. W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
11. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UNW.
12. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i 9–11 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z PROGRESYWNĄ WYPŁATĄ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami UNWP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UNWP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UNWP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także Złamanie. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW;
 - c) **Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UNWP;
 - d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił, w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP obliczone w oparciu o określony w Tabeli Norm NW procent dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumę ubezpieczenia określoną w Polisie, aktualną na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z poniższym wzorem.
Jeżeli w wyniku jednego Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony dozna Uszczerbku wynoszącego łącznie:
 - a) od 0,5% do 20% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - b) od 20,5% do 50% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 2% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - c) od 50,5% do 80% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 3% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - d) od 80,5% do 100% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 4% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na

zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.

4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub danej kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu.
8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP.
9. W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
10. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UNWP.
11. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UNWP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3, ust. 5 i ust. 7–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4 i ust. 6 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, rozpoczynające się od słowa „Ważne”, umieszczone po pkt 1, 4, 5, 9, 12 i 13 przedmiotowej Tabeli Norm ZU.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami UZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UZU stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach UZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU wprowadza się następujące definicje:
 - Tabela Norm ZU** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, która stanowi integralną część Warunków UZU;
 - Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy, który wywołuje następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem

pochodzenia pozaczaszkowego, skutkujący trwałym uszkodzeniem neurologicznym. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone wynikami następujących badań obrazowych: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Przez trwałe uszkodzenie neurologiczne rozumie się wyłącznie:

- porażenie i niedowłady kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenie ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu). Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym oraz udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do

uszkodzić oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedślonkowego.

W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;

- c) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm ZU;
- d) **Zawał mięśnia sercowego** – oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia, jeśli stwierdzony został podwyższony (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziom biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpiły co najmniej dwa z trzech niżej wymienionych objawów :
 - i. typowe kliniczne objawy niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - ii. świeże zmiany w EKG sugerujące zawał mięśnia sercowego;
 - iii. stwierdzone w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowe, odcinkowe zaburzenia kurczliwości serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału mięśnia sercowego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU jest Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu;
 - b) Uszczerbek na zdrowiu spowodowany Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu;
 - c) Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu powodujący Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego został zdiagnozowany w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU nie zostanie wypłacone, jeżeli Zawał mięśnia sercowego lub Udar mózgu, który spowodował u Ubezpieczonego Uszczerbek na zdrowiu, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU stanowiące określony w Tabeli Norm ZU dla danego Uszczerbku na zdrowiu procent Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na datę zdiagnozowania Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm ZU po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na Zdrowiu wymaga ich zakończenia.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek jednego Zawału mięśnia sercowego lub jednego Udaru mózgu, wypłacimy Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu.
5. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu wypłacimy Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania u Ubezpieczonego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu w obrębie kończyny, organu, układu lub narządu, których funkcje były upośledzone przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone jako różnica pomiędzy upośledzeniem funkcji danego narządu, organu, układu lub danej kończyny przed Zawałem mięśnia sercowego lub Udarem mózgu i po jego wystąpieniu.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UZU.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UZU ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i 7–9 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–6 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami TINW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami TINW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach TINW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW wprowadza się następujące definicje:
 - Trwałe inwalidztwo** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w § 6 ust. 3 poniżej;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej choroby mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW jest Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek;
 - Trwałe inwalidztwo powstało w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie u Ubezpieczonego Trwałego inwalidztwa, nastąpił w wyniku:
 - działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;

- c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
- d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW stanowiące iloczyn określonego w ust. 3 poniżej procentu Trwałego inwalidztwa i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie.
3. W zależności od rodzaju Trwałego inwalidztwa jego stopień zostanie ustalony w oparciu o poniższą tabelę. Jeśli ocena rodzaju i stopnia Trwałego inwalidztwa wymaga zakończenia leczenia i rehabilitacji, wówczas możemy odroczyć ocenę do czasu zakończenia leczenia i rehabilitacji, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj Trwałego inwalidztwa	Procent Trwałego inwalidztwa
a) Całkowity i nieodwracalny paraliż całego ciała	100%
b) Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach (lub fizyczna utrata oczu)	100%
c) Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku (lub fizyczna utrata oka)	40%
d) Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach	50%
e) Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	20%
f) Całkowita utrata (bądź całkowita utrata władzy) i. jednej ręki na poziomie nadgarstka ii. jednego kciuka iii. każdego innego palca u ręki	50% 15% 6%
g) Całkowita utrata kończyny lub całkowita utrata władzy w obrębie ramienia lub stawu łokciowego	65%
h) Całkowita utrata (bądź całkowita utrata władzy) i. jednej nogi powyżej kolana lub w kolanie ii. jednej nogi poniżej kolana lub jednej stopy iii. jednego palucha iv. każdego innego palca u nogi	75% 50% 10% 3%
i) Całkowita utrata władzy w biodrze lub kolanie lub w stawie skokowym	20%
j) Operacyjne usunięcie szczęki lub żuchwy	40%

4. Z tytułu Trwałego inwalidztwa powstałego u Ubezpieczonego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Trwałego inwalidztwa.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Ubezpieczonego Trwałego inwalidztwa polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

6. Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Trwałego inwalidztwa powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW.
7. W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami TINW.
9. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TINW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2, ust. 4 i ust. 6–7 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3 i ust. 5 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ZE ŚWIADCZENIAMI WYPŁACANYMI W RATACH

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami TUNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami TUNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach TUNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW wprowadza się następujące definicje:

- a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Poważnego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- b) **Poważny uszczerbek na zdrowiu** – Uszczerbek na zdrowiu wynoszący łącznie co najmniej 50% Uszczerbku na zdrowiu spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem;
- c) **Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków TUNW;
- d) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW jest Poważny uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Poważnego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Poważny uszczerbek na zdrowiu powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący bezpośrednią i wyłączną przyczyną Poważnego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który był wyłączną przyczyną powstania Poważnego uszczerbku na zdrowiu, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie jednorazowe oraz Świadczenie w formie rat miesięcznych z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW w wysokości aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Wysokość Świadczenia jednorazowego oraz wysokość Świadczenia w formie rat miesięcznych określone są w Polisie.
3. Świadczenie w formie rat miesięcznych będzie wypłacane przez nas przez okres wskazany w Polisie, począwszy od pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym nastąpiła wypłata Świadczenia jednorazowego.
4. Rodzaj i stopień Poważnego uszczerbku na zdrowiu ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Poważnego uszczerbku na zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji organu, narządu, układu lub kończyny, które powstały u Ubezpieczonego przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW, przy ocenie stopnia Poważnego uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie

naszej odpowiedzialności, uwzględniany będzie stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji istniejący uprzednio, a Świadczenie będzie należne w przypadku, gdy wartość procentowa orzeczonego Uszczerbku na zdrowiu pomniejszona o stopień uszkodzeń bądź dysfunkcji istniejących przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową wyniesie nie mniej niż 50%.

6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami TUNW.
7. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TUNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami TNP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami TNP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach TNP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP wprowadza się następujące definicje:
 - Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - Niezdolność do pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, tj. nierokująca poprawy, niezdolność do podejmowania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub działalności, z której tytułu można uzyskiwać wynagrodzenie

lub która przynosiłaby dochód. Niezdolność do pracy musi trwać nieprzerwanie przez 1 rok.

- Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznicy lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznicy) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.
 Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.
- Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - zdiagnozowano u Ubezpieczonego Chorobę – w przypadku Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji spowodowanej Chorobą;
 - wystąpił Nieszczęśliwy wypadek – w przypadku Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP jest:

1. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP;
 - b) Niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego została stwierdzona w terminie nieprzekraczającym 180 dni, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku, a na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości albo Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku, a na zakończenie tego okresu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokowała jakiejkolwiek poprawy.
2. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na skutek Choroby, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego była Choroba, która została zdiagnozowana w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP;
 - b) Niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty zdiagnozowania Choroby, a na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy w przyszłości albo Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty zdiagnozowania Choroby, a na zakończenie tego okresu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokowała jakiejkolwiek poprawy.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP nie zostanie wypłacone, jeżeli Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji powstała w wyniku Choroby, z powodu której postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed datą, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
4. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował umowę dodatkową na wypadek niezdolności do pracy ubezpieczonego lub niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego;
 - b) ochrona udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Polisie.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia zarówno definicję Niezdolności do pracy jak i definicję Niezdolności do samodzielnej egzystencji, powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub na skutek tej samej Choroby, wypłacimy Ubezpieczonemu wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy albo z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji w zależności od tego, które ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wystąpi pierwsze.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami TNP.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie;
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) kopię orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNP nie zostanie wypłacone, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek będące przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nastąpiły w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) obrażeń odniesionych w czasie popełniania przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Klasyfikacji ICD.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANEJ NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „Warunkami TNPNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami TNPNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach TNPNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki TNPNW definiują je w inny sposób.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- b) **Niezdolność do pracy** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwała, tj. nierokująca poprawy, niezdolność do podejmowania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub działalności, z której tytułu można uzyskiwać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód. Niezdolność do pracy musi trwać nieprzerwanie przez 1 rok;
- c) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - i. samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - ii. samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - iii. samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - iv. poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - v. samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - vi. samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.
 Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.
- d) **Dzień zdarzenia** – dzień, w którym wystąpił Nieszczęśliwy wypadek.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW jest Niezdolność do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego był Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW;
 - b) Niezdolność do pracy lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego została stwierdzona w terminie nieprzekraczającym 180 dni, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku, a na zakończenie tego okresu pozostała całkowita i trwała i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy w przyszłości albo Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez 1 rok, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku, a na zakończenie tego okresu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokowała jakiegokolwiek poprawy.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia zarówno definicję Niezdolności do pracy, jak i definicję Niezdolności do samodzielnej egzystencji, powstałej na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Ubezpieczonemu wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy albo z tytułu Niezdolności do samodzielnej egzystencji, w zależności od tego, które ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wystąpi pierwsze.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami TNPNW.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnostykę, rozpoznanie i leczenie;
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) kopię orzeczenia lekarza orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o zakresie i okresie niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) obrażeń odniesionych w czasie popełniania przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TNPNW w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Polisie.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 6 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 8 ust. 1–3, ust. 5 i ust. 8–10 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 9 ust. 1–8 w związku z § 2, § 3 i § 4.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 7 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 8 ust. 4, ust. 6–7 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 9 ust. 9 w związku z § 2, § 3 i § 4.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami PCH**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PCH stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach PCH określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba zakaźna** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 4;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Poważnej choroby Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu,

zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3;
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu Świadczeń medycznych przez Centrum Operacyjne;
- Świadczenia medyczne** – świadczenie obejmujące badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie należne Ubezpieczonemu w przypadku udokumentowanego podejrzenia którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej;
- Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie należne Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób lub przeprowadzenie u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 8 niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 3. POWAŻNE CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Za Poważną chorobę Ubezpieczonego objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie Bakteryjnego zapalenia opon mózgowych powinno być potwierdzone ogólnym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnim wynikiem posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
2. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie wsierdza**, które oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) z własnymi zastawkami serca wymagające hospitalizacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, z wszczepionym stymulatorem lub kardiowerterem, po operacji serca.
3. Wyłącznie taki **Bąblowiec mózgu**, który oznacza zmianę w obrębie mózgu składającą się z pojedynczych lub mnogich larw tasiemca z rodzaju *Echinococcus*. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania badaniem parazytologicznym lub histopatologicznym zmiany mózgu usuniętej w trakcie zabiegu chirurgicznego.
4. Wyłącznie taką **Całkowitą utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku (w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) dotyczącą obojga oczu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznego utraty wzroku przez lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że utrata wzroku utrzymywała się u Ubezpieczonego nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która oznacza klinicznie rozpoznaną przez specjalistę neurologa neurodegeneracyjną chorobę ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do zwyrodnienia gąbczastego skutkującego szybko rozwijającym się otępieniem potwierdzonym w testach psychologicznych oraz zaburzeniami w zakresie ruchu powodującymi niezdolność do samodzielnej egzystencji opisanej w skali Barthel poniżej 80 pkt.
6. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
7. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingтона (płasawicę Huntingтона)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, w przypadku gdy diagnoza została postawiona przez specjalistę w dziedzinie neurologii na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów płasawicznych i otępienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).
8. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje takie jednostki, jak: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
9. Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza powolnie postępującą zwyrodnieniową chorobę centralnego układu nerwowego, będącą następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym, które powodują utratę możliwości wykonywania minimum trzech z niżej wskazanych sześciu podstawowych czynności życiowych. (*Activities of Daily Living*):
 - a) samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - b) samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - c) samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - e) samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - f) samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się chorobę Parkinsona spowodowaną stosowaniem leków lub substancji toksycznych.
10. Wyłącznie takie **Ciężkie oparzenie**, które oznacza oparzenie trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.
11. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku rozpoznania dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Ubezpieczonego do samodzielnie poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
12. Wyłącznie taki **Łagodny guz rdzenia kręgowego**, który oznacza niezłośliwy histologicznie guz rdzenia kręgowego lub opon kręgowych, wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone jednoznacznie w badaniach obrazowych lub badaniu histopatologicznym. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwawiaków, malformacji naczyniowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, wypadnięcia krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, dyskopatii, urazów kręgosłupa.
13. Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET).
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwaki, a także guzy rdzenia kręgowego.
W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
14. Wyłącznie taki **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie**, który oznacza stan chorobowy wymagający chirurgicznego usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub z prawej lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru.

15. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii (małopłytkowości). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³;
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³;
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
16. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za dzień zdiagnozowania uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
17. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

 - a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - d) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e) raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria *microcarcinoma* w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania.
18. Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, potwierdzoną badaniami płynu mózgowo-rdzeniowego, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji. Rozpoznanie Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Klasyfikacji ICD i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
19. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci: angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
20. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej brzusznej**, która oznacza przebiecie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:

 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania jamy brzusznej.
21. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej piersiowej**, która oznacza przebiecie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku piersiowym. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:

 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej.
22. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH.
23. Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Pierwotne nadciśnienie płucne spowoduje trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Ubezpieczonego wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
24. Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli rozpoznanie Piorunującego zapalenia wątroby opiera się na stwierdzeniu u Ubezpieczonego wszystkich wymienionych niżej objawów:
 - a) szybkie zmniejszanie się wątroby;
 - b) martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska;
 - c) szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Ubezpieczonego wykazują następujące cechy:
 - i. wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie miększego wątroby oraz
 - ii. obiektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.
25. Wyłącznie takie **Porażenie (paraliż)**, które oznacza całkowitą (0° lub 1° według skali Lovetta) i trwałą utratę władzy przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię (kończynę górną) lub całą nogę (kończynę dolną). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli diagnoza zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
26. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku spowodowany siłą zewnętrzną i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.

Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.

27. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego charakteryzujące się łącznie:
 - a) dusznością spoczynkową potwierdzoną w dokumentacji medycznej;
 - b) koniecznością stosowania przewlekłej tlenoterapii domowej przez minimum 8 godzin na dobę przez nieprzerwany okres co najmniej 3 miesiące.Kwalifikacja do tlenoterapii domowej powinna być potwierdzona zaświadczeniem od lekarza specjalisty chorób płuc, chorób wewnętrznych lub anestezjologii i intensywnej terapii.
28. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się poalkoholową marskość lub poalkoholową niewydolność wątroby.
29. Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczzonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycony środkiem cieniującym torbka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako ropień mózgu.
30. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie Sepsy musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
31. Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie co najmniej dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych:
 - a) niedowładu kończyn,
 - b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym,
 - c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnej diagnozy. Ostateczne rozpoznanie Stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe). W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
32. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności przebiegający łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia u Ubezpieczonego trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączkę farmakologiczną.
33. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
34. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
35. Wyłącznie taką **Twardzinę**, która oznacza postępującą twardzinę układową, chorobę tkanki łącznej, potwierdzoną jednoznacznie przez biopsję i badania serologiczne, przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem przynajmniej jednego z organów: nerek, płuc lub serca. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza reumatologa lub dermatologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje: różnych postaci twardziny skórnej (np. liniowej, grudkowej, plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi, zespołu CREST, zespołów twardzinopodobnych w przebiegu różnych chorób metabolicznych, keloidu.
36. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy neurologiczne i trwałe następstwa wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy neurologiczne i trwałe następstwa uznaje się:

 - a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Trwałość któregośkolwiek z powyższych następstw lub objawów neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty rozpoznania Udaru mózgu. W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

Za Udar mózgu nie uznaje się:

 - a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - c) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - d) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - e) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - f) skutków choroby dekompresyjnej;
 - g) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika.
37. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
38. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie Utraty mowy musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się utratę mowy spowodowaną schorzeniami psychicznymi.

39. Wyłącznie taką **Utratę możliwości niezależnej egzystencji**, która oznacza stan spowodowany chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Ubezpieczony przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
- samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.
- Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.
40. Wyłącznie taką **Utratę słuchu (głuchotę)**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę zdolności odbierania bodźców akustycznych w zakresie obojga uszu w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Pojęcie całkowitej utraty słuchu oznacza próg słyszalności powyżej 90 dB (decybeli). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczępieniu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
41. Wyłącznie takie **Wirusowe zapalenie wątroby typu B**, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria:
- włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7 kPa;
 - obecność HBV DNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
 - obecność antygeny HBs;
 - podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy.
42. Wyłącznie takie **Wirusowe zapalenie wątroby typu C**, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria:
- włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7 kPa;
 - obecność HCV RNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
 - podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
 - kliniczne objawy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczkę, wodobrzusza, żylaków przełyku.
43. Wyłącznie takie **Wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które oznacza postać choroby wrzodzącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającymi życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i z powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. W tej postaci zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszą im ciężka krwawa biegunka i objawy ogólnoustrojowe, a leczenie często jest operacyjne i polega na usunięciu okrężnicy i jelita krętego w całości (kolektomia i ileostomia totalna). Rozpoznanie
- Wrzodzącego zapalenia jelita grubego musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię.
44. Wyłącznie taki **Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)**, który oznacza rozpoznanie choroby Alzheimera lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimera to postępująca choroba degeneracyjna mózgu, cechująca się obecnością rozszaniach zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym. Trwałe otępienie funkcji umysłu innego rodzaju (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych charakteryzujących się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione wszystkie wymienione niżej warunki:
- trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimera lub otępienia innego rodzaju potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych;
 - konieczność sprawowania stałego nadzoru nad Ubezpieczonym, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób.
- Wymienione powyżej dysfunkcje muszą pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą Alzheimera lub trwałym otępieniem funkcji umysłu innego rodzaju.
45. Wyłącznie taką **Zakażoną martwicę trzustki**, która oznacza martwicę trzustki (martwiczę zapalenie trzustki), czyli agresywną postać ostrego zapalenia trzustki, w której przebiegu dochodzi do martwicy całości lub części trzustki oraz zakażenia bakteryjnego zmian martwicznych. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest potwierdzenie martwicy trzustki na podstawie wyniku tomografii komputerowej (TK) oraz potwierdzenie zakażenia w oparciu o dodatni wynik badania bakteriologicznego materiału pobranego w trakcie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) trzustki.
46. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w wyniku:
- kontaktu z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych;
 - zranienia podczas wykonywania przez Ubezpieczonego zwykłych obowiązków zawodowych.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:
- do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH;
 - w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
 - Ubezpieczony przedstawił ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
 - w organizmie Ubezpieczonego wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów:

Lekarze i stomatolodzy	Pielęgniarki (pielęgniarze)
Pracownicy laboratoriów	Szpitalny personel pomocniczy
Asystenci medyczni i stomatologiczni	Ratownicy medyczni inni członkowie załóg pogotowia ratunkowego lub zespołów ratowniczych
Położne	Strażacy
Policjanci	Strażnicy więzienni

W przypadku gdy istnieją odpowiednie regulaminy pracy odnoszące się do wypadków w pracy, wypadek musi zostać zgłoszony zgodnie z przyjętym regulaminem pracy lub innymi przepisami obowiązującymi w danym zawodzie i uznanymi przez pracodawcę.

47. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie Ubezpieczonego ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV):
 - a) w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w trakcie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, pod warunkiem że sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie odpowiedzialności instytucji, w której przeprowadzono transfuzję, lub przedstawiono dokumentację medyczną, zgodną z obowiązującymi standardami medycznymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, oraz
 - b) osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilii.Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Zastrzegamy sobie prawo dostępu do próbek krwi Ubezpieczonego oraz możliwości przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.
48. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące u Ubezpieczonego przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwały deficyt neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowicze lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Ubezpieczonego do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
49. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
 - a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
50. Wyłącznie taki **Zespół krótkiego jelita**, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunk), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).
51. Wyłącznie taką **Zgorzel gazową**, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju *Clostridium*

perfringens, *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium heamoliticum* lub *Clostridium sordelli*) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii.

52. Wyłącznie taką **Ziarniniakowatość Wegenera**, która oznacza układową chorobę autoimmunologiczną powodującą martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzującą się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek leczonej dializoterapią, schyłkowej niewydolności oddechowej leczonej przewlekłą tlenoterapią, utraty wzroku, utraty słuchu. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.
53. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przeprowadzenie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu do śródniczynowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH.
54. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. z pominięciem pełnej sternotomii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.
55. Wyłącznie taki **Toczeń rumieniowaty**, który oznacza chorobę autoimmunologiczną z zajęciem nerek potwierdzoną w badaniu histopatologicznym w stopniu powyżej III klasy kłębkowego zapalenia nerek w klasyfikacji WHO.
56. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:

 - a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów i następstw neurologicznych przez 6 tygodni od dnia rozpoznania udaru mózgu.

W odniesieniu do Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uważa się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

 - a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);

- c) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - d) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - e) skutków choroby dekompresyjnej.
57. Wyłącznie takie **Wczesne stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym.
- Wczesne stadium stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK).
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).
- Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia z tytułu Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego nie jest wymagane istnienie trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.
- W odniesieniu do Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
58. Wyłącznie taką **Angioplastykę naczyń wieńcowych**, która oznacza leczenie choroby wieńcowej polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych za pomocą zabiegu polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzonych do naczynia.

§ 4. INNE CHOROBY ZAKAŻNE UBEZPIECZONEGO

Za Chorobę zakaźną Ubezpieczonego objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby zakaźne, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH z zakresem ubezpieczenia rozszerzonym o Choroby zakaźne i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taką **Boreliozę**, która objawia się rumieniem wędrującym i przebiega ze zmianami narządowymi w postaci: zapalenia stawów lub zapalenia mięśnia sercowego, lub neuroboreliozy, lub przewlekłego zanikowego zapalenia skóry kończyn, potwierdzoną obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM w teście Elisa i Western Blot.
2. Wyłącznie taką **Cholere**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka) oraz potwierdzeniu obecności wirusa w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.
3. Wyłącznie taki **Dur brzuszny**, który oznacza ostrą układową chorobę zakaźną wywołaną przez pałeczkę duru brzuszego (*Salmonella typhi*). Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
 - a) bóle głowy,
 - b) względna bradykardia,
 - c) kaszel,
 - d) biegunka, zaparcie, ból brzucha.

Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
4. Wyłącznie taką **Gorączkę denga**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną wirusem dengi przebiegającą z wysoką gorączką u osoby, u której według opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych: bóle głowy, ból pozagałkowy, bóle mięśni, bóle stawów, wysypka, objawy krwotoczne, leukopenia. Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa dengi z surowicy,

- b) potwierdzenie materiału genetycznego w badaniu PCR,
 - c) potwierdzenie swoistych przeciwciał w klasie IgM.
5. Wyłącznie taką **Gruźlicę**, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* rozpoznaną przez lekarza pulmonologa na podstawie objawów klinicznych, badań mikrobiologicznych (badania genetyczne, posiew, rozmaz lub hodowla na podłożu stałym), badań obrazowych (RTG lub CT klatki piersiowej), testów IGRA, wymagającą wdrożenia leczenia przeciwpłatkowego. Wyłączeniu podlega gruźlica u osób: z infekcją HIV, nadużywających alkoholu, leczonych lekami immunosupresyjnymi.
6. Wyłącznie taką **Maliarię**, która oznacza chorobę pasożytniczą wywołaną przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której wykryto:
 - a) zarodźce malarii w rozmazach krwi włośniczkowej,
 - b) antygen zarodźca malarii w testach immunochromatograficznych.
7. Wyłącznie taką **Schistosomatozę**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagającą leczenia szpitalnego, przebiegającą z gorączką, bólami brzucha, hepatosplenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
8. Wyłącznie taką **Wściekliznę**, która oznacza wymagającą hospitalizacji ostrą chorobę zakaźną klinicznie przebiegającą w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznaną w oparciu o charakterystyczne objawy oraz wykrycie wirusa wścieklizny (*Rabies virus*) w próbkach materiału pobranego ze skóry, śliny, z płynu mózgowo-rdzeniowego bądź wykrycie swoistych przeciwciał w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
9. Wyłącznie taką **Żółtą gorączkę**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczk lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - c) wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki, wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

§ 5. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH jest wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 lub przeprowadzenie u Ubezpieczonego którejkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o:
 - a) Choroby zakaźne, o których mowa w § 4 powyżej, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego w okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - b) Świadczenie lekowe w przypadku wystąpienia którejkolwiek z Poważnych chorób, o których mowa w § 3 powyżej, oraz
 - c) Świadczenia medyczne w przypadku podejrzenia którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Ubezpieczonego którejkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 powyżej,

co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 6. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy od tej daty, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 5 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nasza odpowiedzialność z tytułu Poważnej choroby Ubezpieczonego niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 7. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna choroba Ubezpieczonego lub Choroba zakaźna Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 46 oraz ust. 47.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby lub Choroby zakaźnej, z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało u Ubezpieczonego rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą lub Chorobą zakaźną została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne choroby ubezpieczonego;
 - b) ochrona udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 oraz ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
6. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń medycznych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń medycznych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terrorizmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 8. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień § 6 oraz ust. 4 poniżej w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku Poważnej choroby zdefiniowanej w § 3 ust. 1–52 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - b) w przypadku Poważnej choroby zdefiniowanej w § 3 ust. 53–57 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - c) w przypadku Poważnej choroby zdefiniowanej § 3 ust. 58 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Angioplastyki naczyń wieńcowych określonej w Polisie, aktualnej na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
3. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Choroby zakaźne Ubezpieczonego zdefiniowane w § 4 ust. 1–9 Umowy dodatkowej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 2 pkt a) wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby zakaźnej określonej w Polisie, aktualnej na dzień zdiagnozowania Choroby zakaźnej.
4. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych chorób należących do tej samej grupy, wskazanej w pkt a) – d) poniżej, nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego:
 - a) Udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - b) Stwardnienie rozsiane oraz Wczesne stadium stwardnienia rozsianego;
 - c) Operacja zastawek serca oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;

- d) Operacja na naczyniach wieńcowych oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej.
5. Wpłata Świadczenia zgodnie z ust. 2, ust. 3 i ust. 4 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 6 i ust. 7 poniżej.
 6. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH zostaną wyłączone:
 - a) Poważna choroba, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH oraz te Poważne choroby, które z tą Poważną chorobą pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem pkt c) poniżej;
 - b) Poważne choroby należące do tej samej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych, wskazanej w ust. 4 pkt a) – d) powyżej, jeżeli kwota wypłaconych Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Poważnych chorób należących do tej grupy osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH;
 - c) wyłączenie ten Nowotwór złośliwy (jednostka chorobowa), z którego tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym (jednostką chorobową) w związku przyczynowo-skutkowym (w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego);
 - d) Choroba zakaźna, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH.
 7. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Poważnej choroby wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Poważnej choroby, z zastrzeżeniem że w przypadku gdy z tytułu poszczególnych Poważnych chorób należne byłoby Świadczenia o różnej wysokości, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu tej Poważnej choroby, dla której należne jest najwyższe Świadczenie.
 8. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpiezonego choroby lub przeprowadzenia u Ubezpiezonego zabiegu operacyjnego, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, z których tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt b), wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę zdiagnozowania choroby lub na datę przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, określonej w Polisie.
 9. Wpłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PCH.
 10. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCH ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpiezonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Ubezpiezonego (np. historię choroby, opisy wyników badań, dokumentację medyczną z procesu diagnostyki i leczenia);
 - d) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
- w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku udokumentowanego podejrzenia u Ubezpiezonego którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Ubezpiezonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia medyczne, zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń medycznych, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt c) obejmujących:
 - a) konsultacje lekarzy specjalistów (internista, ortopeda, chirurg, okulista, neurolog, diabetolog, onkolog, kardiolog, pulmonolog, ginekolog);
 - b) badania diagnostyczne (USG, EKG, RTG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie.
 3. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 2 pkt a) – b) powyżej, należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpiezonego;
 - b) numer PESEL Ubezpiezonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym.
 4. W związku z udokumentowanym podejrzeniem u Ubezpiezonego którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Ubezpiezonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, Ubezpieczony może skorzystać z maksymalnie 7 konsultacji lekarskich spośród wskazanych w ust. 2 pkt a) powyżej, oraz z badań diagnostycznych, wskazanych w ust. 2 pkt b) powyżej, do kwoty w łącznej wysokości wynoszącej 3000 zł za wszystkie badania diagnostyczne.
 5. Warunkiem skorzystania ze Świadczeń medycznych jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum Operacyjnego, wskazanej przez Centrum Operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej jednej z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Ubezpiezonego jednego z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej.
 6. W oparciu o przekazane przez Ubezpiezonego dokumenty medyczne lekarz Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpiezonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie i przedstawiona dokumentacja medyczna uprawniają do udzielenia Świadczenia medycznego, o które wnioskuje Ubezpieczony.
 7. Konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
 8. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 2 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - b) do 5 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku konsultacji lekarskich pozostałych specjalności wskazanych w § 9 ust. 2 pkt a) powyżej oraz w przypadku badań diagnostycznych USG, EKG, RTG;
 - c) do 10 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
 9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 10. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z Warunkami PCH, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

§ 9. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Świadczenia medyczne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Powtórnej opinii medycznej rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–11 i ust. 16 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 12–15 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POWTÓRNEJ OPINII MEDYCZNEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Powtórnej opinii medycznej, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami POM”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami POM stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach POM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POM wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - Osoba upoważniona** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Centrum Operacyjnemu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - Poważna choroba** – każde ze zdarzeń wskazanych w § 3;
 - Powtórna opinia medyczna** – opinia Konsultanta, dostarczona na piśmie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej, wydana w związku z diagnozą jednej z chorób lub w związku z koniecznością przeprowadzenia operacji chirurgicznej, która została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej wskazanych w katalogu Poważnych chorób w § 3 poniżej;

- Siła wyższa** - zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. KATALOG POWAŻNYCH CHOROÓB UBEZPIECZONEGO

- Za Poważną chorobę Ubezpieczonego uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego i wyłącznie te zabiegi operacyjne, których konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POM. Katalog Poważnych chorób objętych zakresem naszej odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został wskazany poniżej:

1.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowych
2.	Bakteryjne zapalenie wsierdza
3.	Bąblowiec mózgu
4.	Całkowita utrata wzroku (ślepotą)
5.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba
6.	Choroba Crohna
7.	Choroba Huntingtona (płasawica Huntingtona)
8.	Choroba neuronu ruchowego
9.	Choroba Parkinsona
10.	Ciężkie oparzenie
11.	Dystrofia mięśni
12.	Łagodny guz rdzenia kręgowego
13.	Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu
14.	Masywny zator tętnicy płucnej
15.	Niedokrwistość aplastyczna
16.	Niewydolność nerek
17.	Nowotwór złośliwy lub nowotwór o granicznej złośliwości
18.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu

19. Operacja na naczyniach wieńcowych
20. Operacja wszczepienia protezy aortalnej brzusznej
21. Operacja wszczepienia protezy aortalnej piersiowej
22. Operacja zastawek serca
23. Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo
24. Piorunujące zapalenie wątroby
25. Porażenie (paraliż)
26. Poważny uraz głowy
27. Przewlekła niewydolność oddechowa
28. Przewlekła niewydolność wątroby
29. Ropień mózgu
30. Sepsa
31. Stwardnienie rozsiane
32. Śpiączka
33. Tężec
34. Transplantacja głównych narządów
35. Twardzina
36. Udar mózgu
37. Utrata kończyn
38. Utrata mowy
39. Utrata możliwości niezależnej egzystencji
40. Utrata słuchu (głuchota)
41. Wirusowe zapalenie wątroby typu B
42. Wirusowe zapalenie wątroby typu C
43. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
44. Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimer)
45. Zakażona martwica trzustki
46. Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego
47. Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi
48. Zapalenie mózgu
49. Zawał serca
50. Zespół krótkiego jelita
51. Zgorzel gazowa
52. Ziarniniakowatość Wegenera
53. Małoinwazyjna operacja zastawek serca
54. Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej
55. Toczeń rumieniowaty
56. Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych
57. Wczesne stadium stwardnienia rozsianego
58. Angioplastyka naczyń wieńcowych

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POM jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego jednej z chorób lub konieczność przeprowadzenia u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych wskazanych w katalogu Poważnych chorób wskazanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Klasyfikacji ICD.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POM. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POM nie zostanie zrealizowane, jeżeli Poważna choroba Ubezpieczonego nastąpi w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, ze skutków promieniowania radioaktywnego, z epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz spowodowane działaniem Siły wyższej, czyli zewnętrznym, niemożliwym do przewidzenia zdarzeniem.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie Powtórnej opinii medycznej jest realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnimy i pokryjemy koszty Powtórnej opinii medycznej obejmujące:
 - a) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej;
 - b) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - c) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - d) wydanie Powtórnej opinii medycznej przez Konsultanta;
 - e) tłumaczenie na język polski Powtórnej opinii medycznej wydanej przez Konsultanta;
 - f) udostępnienie Ubezpieczonemu Powtórnej opinii medycznej.
3. W celu skorzystania z Powtórnej opinii medycznej należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym albo z Osobą upoważnioną.
4. Centrum Operacyjne udzieli Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej.
5. Warunkiem uzyskania Powtórnej opinii medycznej jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 powyżej na adres e-mail Centrum Operacyjnego lub na innym trwałym nośniku na adres korespondencyjny Centrum Operacyjnego, sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.
6. Lekarz Centrum Operacyjnego weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje ją do wysłania do Konsultanta.
7. W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii lekarza Centrum Operacyjnego niekompletna, Centrum Operacyjne kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.

8. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Centrum Operacyjne informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej opinii medycznej.
9. Centrum Operacyjne zobowiązuje się do przesłania Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej Powtórnej opinii medycznej w sposób określony w ust. 11 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nieprzekraczającym jednak 30 Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 10 poniżej.
10. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, wydanej na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Centrum Operacyjnego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5 powyżej, do wydania Powtórnej opinii medycznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub wykonanie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Centrum Operacyjne niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem adresu e-mail.
11. Centrum Operacyjne odsyła Powtórna opinię medyczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba upoważniona wysłali do Centrum Operacyjnego dokumentację medyczną. Powtórna opinia medyczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną.
12. Ubezpieczonemu przysługuje uprawnienie do skorzystania z jednej Powtórnej opinii medycznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 4 niniejszej Umowy dodatkowej.
13. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Poważnej choroby wskazanej w § 3 powyżej, zakres naszej odpowiedzialności ogranicza się wyłącznie do jednej Poważnej choroby, tj. do jednej zdiagnozowanej choroby albo do jednego koniecznego do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
14. Nie pokrywamy kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych.
15. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść Powtórnej opinii medycznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej opinii medycznej.
16. Koszty Powtórnej opinii medycznej, realizowanej zgodnie z Warunkami POM, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i 5–6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami LSP”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach LSP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP wprowadza się następujące definicje:
 - Leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Ubezpieczonego, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu;
 - Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej, Leczenia przeciwwirusowego;
 - podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - doszło do Wszczepienia kardiowertera/defibrylatora/rozrusznika serca;
 - wykonano Ablację;

- wykonano pierwszą dializę w przypadku zastosowanej po raz pierwszy Dializoterapii;
- przeprowadzono zabieg operacyjny w przypadku zastosowania Leczenia metodą Gamma Knife i Cyber-Knife, Wertenbroplastyki, Wszczepienia implantu ślimakowego.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

- Ablacja** – zabieg kardiologiczny mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru tkanki serca, który odpowiada za powstawanie zaburzeń rytmu serca;
- Chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC;
- Dializoterapia** – metoda leczenia ostrej i krótkowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
- Leczenie metodą Gamma Knife i Cyber-Knife** – leczenie w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neurologii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyńniowych;
- Leczenie przeciwwirusowe** – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C, mające na celu zahamowanie replikacji wirusa HBV lub eliminację wirusa HCV;
- Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- Terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia stwardnienia rozsianego albo przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C;
- Wertenbroplastyka** – zabieg stosowany w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej;

9. **Wszczepienie implantu ślimakowego** – zabieg przeprowadzony celem leczenia całkowitej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu;
10. **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
11. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP jest Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP. Dniem rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy od tej daty nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nasza odpowiedzialność z tytułu Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek w związku z którymi nastąpiło Leczenie specjalistyczne były spowodowane:
 - a) działaniami wojennymi, czynnym udziałem Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach,
 - b) próbą samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - c) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego postanowiono w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego została u Ubezpieczonego zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego zostało rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne ubezpieczonego;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego,
 postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP będzie zredukowany o tę procedurę przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o tę procedurę Leczenia specjalistycznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli kolejna procedura Leczenia specjalistycznego, która została zastosowana u Ubezpieczonego, związana jest z leczeniem tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, w związku z którym Ubezpieczony już otrzymał Świadczenie i przeprowadzono u niego jedną z procedur, o których mowa w § 3 powyżej.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami LSP.
6. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 6–7 w związku z § 2; § 7 ust. 1–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–5 w związku z § 2; § 7 ust. 9 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZDIAGNOZOWANIA CHOROBY NOWOTWOROWEJ UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania Choroby nowotworowej Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami CHN”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami CHN stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach CHN określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba nowotworowa** – Nowotwór złośliwy lub Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - Nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym

wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazje szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- raka brodawkowatego tarczycy spełniający kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania.

- d) **Nowotwór o granicznej złośliwości** – wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
- stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
 - raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma) wymagającego zabiegu operacyjnego;
 - wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub o granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.
- Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;
- e) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu Świadczeń medycznych przez Centrum Operacyjne;
- f) **Świadczenia medyczne** – świadczenie obejmujące badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie należne Ubezpieczonemu w przypadku udokumentowanego podejrzenia Choroby nowotworowej.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej Choroby nowotworowej, tj.:
 - Nowotworu złośliwego;
 - Nowotworu o granicznej złośliwości.
 Diagnoza Choroby nowotworowej musi być potwierdzona w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.
- Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Świadczenia medyczne w przypadku podejrzenia Choroby nowotworowej, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zdiagnozowania Nowotworu złośliwego lub Nowotworu o granicznej złośliwości, określonej w Polisie (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nasza odpowiedzialność z tytułu zdiagnozowania Choroby nowotworowej Ubezpieczonego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nie zostanie wypłacone, jeżeli Choroba nowotworowa wystąpiła bezpośrednio w wyniku chorób powstałych w następstwie zakażenia wirusem HIV.
- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy postępowanie diagnostyczne lub lecznicze Choroby nowotworowej trwało lub zostało u Ubezpieczonego rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy Choroba nowotworowa pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Ubezpieczonego trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
- W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował zdiagnozowanie nowotworu złośliwego lub nowotworu o granicznej złośliwości;
 - ochrona udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń medycznych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- Z zastrzeżeniem postanowień § 4 w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - w przypadku Nowotworu złośliwego – wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej określonej w Polisie, aktualnej na dzień zdiagnozowania Nowotworu złośliwego;
 - w przypadku Nowotworu o granicznej złośliwości – wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby nowotworowej określonej w Polisie, aktualnej na dzień zdiagnozowania Nowotworu o granicznej złośliwości.
- Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie

Warunków CHN, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Świadczenia z tytułu Choroby nowotworowej nie będziemy ponosić odpowiedzialności i nie wypłacimy Świadczenia w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej (jednostki chorobowej), z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej (jednostki chorobowej) pozostającej w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą nowotworową (jednostką chorobową), z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Postanowienia ust. 4 powyżej nie mają zastosowania w przypadku, gdy zdiagnozowana u Ubezpieczonego Choroba nowotworowa w postaci Nowotworu o granicznej złośliwości, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, zmieni stadium i spełni definicję Nowotworu złośliwego. Wówczas łączna wysokość Świadczeń wypłaconych w związku ze zdiagnozowaniem ww. Nowotworu o granicznej złośliwości oraz ww. Nowotworu złośliwego nie może przekroczyć 100% Świadczenia z tytułu Choroby nowotworowej, określonej w Polisie.
6. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami CHN.
7. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia choroby nowotworowej);
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Świadczenia medyczne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku udokumentowanego podejrzenia u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHN, jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Świadczenia medyczne, o którym mowa w § 3 ust. 2, zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń medycznych związanych z podejrzeniem Choroby nowotworowej Ubezpieczonego, obejmujących:

Rodzaj Świadczenia medycznego	Limit na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe
1. konsultacje z lekarzem onkologiem	7 wizyt
2. konsultacje z psychologiem	4 wizyty
3. badanie PET	1 badanie – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie
4. badania diagnostyczne: a) RTG b) mammografia c) tomografia komputerowa d) rezonans magnetyczny e) scyntygrafia f) badanie endoskopowe g) badanie markerów nowotworowych h) biopsja zmiany chorobowej i) cytologia j) badanie histopatologiczne	

k) badania laboratoryjne obejmujące: 1) badanie ogólne moczu 2) amylazę 3) CRP ilościowo 4) OB 5) mocznik 6) HBs przeciwciała 7) morfologię 8) TSH 9) HCV przeciwciała 10) APTT 11) kreatynina 12) IgE całkowite 13) PT 14) kwas moczowy 15) markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21 16) fibrynogen 17) proteinogram 18) glukoza 19) ferrytyna 20) elektrolity (sód i potas) 21) wapń całkowity 22) lipidogram 23) fosfor nieorganiczny 24) próby wątrobowe 25) magnez	do kwoty w łącznej wysokości wynoszącej 3000 zł na wszystkie badania diagnostyczne – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie
--	--

3. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, należy skonsultować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - d) rodzaj wymaganej pomocy.
4. Warunkiem skorzystania ze Świadczeń medycznych jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum Operacyjnego, wskazanej przez Centrum Operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej podejrzenia Choroby nowotworowej.
5. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty medyczne lekarz Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie i przedstawiona dokumentacja medyczna uprawniają do udzielenia Świadczenia medycznego, o które wnioskuje Ubezpieczony.
6. Czas oczekiwania na realizację Świadczeń medycznych wynosi:
 - a) do 5 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 5 powyżej w przypadku konsultacji z lekarzem onkologiem, konsultacji z psychologiem oraz badań diagnostycznych z wyłączeniem badań wskazanych w pkt b) poniżej;
 - b) do 10 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 5 powyżej w przypadku tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego;
 - c) do 15 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 5 powyżej w przypadku badania PET, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
7. W przypadku nieuznania naszej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego Świadczenia medycznego, Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych, liczonych od otrzymania dokumentów medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne, poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji Świadczenia medycznego, wskazując przyczynę odmowy.
8. Koszty Świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z Warunkami CHN niniejszej Umowy dodatkowej pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i 5–6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej („Warunkami LSPO”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSPO stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach LSPO określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO wprowadza się następujące definicje:
 - Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Hormonoterapii i Terapii celowanej;
 - podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - rozpoczęto procedurę leczenia – w przypadku Immunoterapii;
 - Leczenie specjalistyczne onkologiczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Ubezpieczonego, niezbędny

z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO UBEZPIECZONEGO

- Chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC;
- Immunoterapia** – ogół metod leczenia choroby nowotworowej wykorzystujący układ immunologiczny;
- Hormonoterapia** – farmakologiczna metoda leczenia choroby nowotworowej polegająca na podawaniu hormonów, które hamują rozwój choroby;
- Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- Terapia celowana** – spersonalizowana metoda leczenia choroby nowotworowej poprzez kierowanie substancji leczniczej na nieprawidłowe komórki nowotworowe bez naruszenia zdrowej tkanki.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO jest Leczenie specjalistyczne onkologiczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO. Dniem rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego onkologicznego.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nasza odpowiedzialność z tytułu Leczenia specjalistycznego onkologicznego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba nowotworowa związku z którą nastąpiło Leczenie specjalistyczne była spowodowana poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne onkologiczne Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego postanowiono w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego została zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało u Ubezpieczonego rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego a zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego obejmował umowę dodatkową dotyczącą leczenia specjalistycznego;
 - b) ochrona udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO wyłączona zostanie ta procedura przeprowadzona w ramach Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te procedury Leczenia specjalistycznego onkologicznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli kolejna procedura Leczenia specjalistycznego onkologicznego, która została zastosowana u Ubezpieczonego, związana jest z leczeniem tej samej choroby, w związku z którą Ubezpieczony już otrzymał Świadczenie i przeprowadzono u niego jedną z procedur, o których mowa w § 3 powyżej.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami LSPO.
6. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPO ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Powtórnej opinii medycznej onkologicznej rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–11 oraz ust. 16 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 12–15 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POWTÓRNEJ OPINII MEDYCZNEJ ONKOLOGICZNEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Powtórnej opinii medycznej onkologicznej, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami POMO**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami POMO stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach POMO określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMO wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba nowotworowa** – Nowotwór złośliwy lub Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - Osoba upoważniona** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Centrum Operacyjnemu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - Nowotwór złośliwy** – który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek

nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Prawo do skorzystania z Powtórnej opinii medycznej onkologicznej zostanie przyznane, jeśli obecność nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- Nowotwór o granicznej złośliwości** – który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- i. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - ii. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - iii. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
 - iv. raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), wymagającego zabiegu operacyjnego;
 - v. wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub o granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.
- Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.
- W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;
- g) **Powtórna opinia medyczna onkologiczna** – opinia Konsultanta dostarczona na piśmie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej wydana w związku ze zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej;
 - h) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMO jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej Choroby nowotworowej, tj.:
 - a) Nowotworu złośliwego;
 - b) Nowotworu o granicznej złośliwości.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMO. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, ze skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz spowodowane działaniem Siły wyższej.

§ 6. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie Powtórnej opinii medycznej onkologicznej jest realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnimy i pokryjemy koszty Powtórnej opinii medycznej obejmującej:
 - a) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej onkologicznej;
 - b) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - c) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - d) tłumaczenie na język polski Powtórnej opinii medycznej onkologicznej wydanej przez Konsultanta;

- e) udostępnienie Ubezpieczonemu Powtórnej opinii medycznej onkologicznej.
3. W celu skorzystania z Powtórnej opinii medycznej onkologicznej należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym albo z Osobą upoważnioną.
4. Centrum Operacyjne udzieli Ubezpieczonemu lub Osobie Upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej onkologicznej.
5. Warunkiem uzyskania Powtórnej opinii medycznej onkologicznej jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 powyżej na adres e-mail Centrum Operacyjnego lub na innym trwałym nośniku na adres korespondencyjny Centrum Operacyjnego sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.
6. Lekarz Centrum Operacyjnego weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje ją do wysłania do Konsultanta.
7. W przypadku gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii lekarza Centrum Operacyjnego niekompletna, Centrum Operacyjne kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
8. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Centrum Operacyjne informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej opinii medycznej onkologicznej.
9. Centrum Operacyjne zobowiązuje się do przesłania Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej Powtórnej opinii medycznej onkologicznej w sposób określony w ust. 11 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nieprzekraczającym jednak 30 Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 10 poniżej.
10. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, wydanej na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Centrum Operacyjnego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5 powyżej, do wydania Powtórnej opinii medycznej onkologicznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Centrum Operacyjne niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem adresu e-mail.
11. Centrum Operacyjne odsyła Powtórna opinię medyczną onkologiczną na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba upoważniona wysłały do Centrum Operacyjnego dokumentację medyczną. Powtórna opinia medyczna onkologiczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną.
12. Ubezpieczonemu przysługuje uprawnienie do skorzystania z jednej Powtórnej opinii medycznej onkologicznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej.
13. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i skorzystaniu z Powtórnej opinii medycznej onkologicznej w związku z tym Zdarzeniem ubezpieczeniowym nie będziemy ponosić odpowiedzialności w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego lub Nowotworu o granicznej złośliwości (jednostki chorobowej), z których tytułu Ubezpieczony skorzystał już z Powtórnej opinii medycznej onkologicznej, a także w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego lub Nowotworu o granicznej złośliwości (jednostki chorobowej) pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z Nowotworem

złośliwym lub Nowotworem o granicznej złośliwości (jednostką chorobową), z których tytułu Ubezpieczony skorzystał już z Powtórnej opinii medycznej.

14. Nie pokrywamy kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych.
15. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść Powtórnej opinii medycznej onkologicznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej opinii medycznej onkologicznej.
16. Koszty Powtórnej opinii medycznej onkologicznej realizowanej zgodnie z Warunkami POMO, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Choroby nowotworowej rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–3 oraz ust. 5–9 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 4 oraz ust. 10 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE I OPIEKUŃCZE W PRZYPADKU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Choroby nowotworowej, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami AO”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami AO stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach AO określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AO wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - b) **Choroba nowotworowa** – Nowotwór złośliwy lub Nowotwór o granicznej złośliwości;
 - c) **Nowotwór złośliwy** – który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Prawo do skorzystania ze świadczeń medycznych

i opiekuńczych w przypadku choroby nowotworowej zostanie przyznane, jeśli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- i. guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - ii. wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - iii. mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - iv. raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - v. raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.
- W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;
- d) **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- i. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- ii. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- iii. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- iv. raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma) wymagającego zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania.

- e) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AO jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej Choroby nowotworowej, tj.:
 - a) Nowotworu złośliwego;
 - b) Nowotworu o granicznej złośliwości.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AO. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH I OPIEKUŃCZYCH W PRZYPADKU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych i opiekuńczych związanych ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową Ubezpieczonego, obejmujące:
 - a) badania specjalistyczne, na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie obejmujące USG, badanie PET, tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny;
 - b) konsultacje internisty oraz lekarzy specjalistów następujących specjalności, na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie: chirurg, onkolog, okulista, endokrynolog, otolaryngolog, hepatolog, ortopeda, hematolog, ginekolog, nefrolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, neurolog;
 - c) świadczenia assistance:

infolinia medyczna – w tym informacje o prywatnych ośrodkach leczących nowotwory, umawianie na badania i do lekarzy

pomoc domowa (gdy w wyniku Zdarzenia ubezpieczeniowego wymagana jest pomoc domowa) – przygotowywanie posiłków, codzienne porządki domowe, zakupy artykułów spożywczych i innych niezbędnych, opieka nad dziećmi, opieka nad zwierzętami, opieka nad osobami niesamodzielnymi

wizyty domowe pielęgniarki (świadczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych)

transport medyczny

transport na chemioterapię i radioterapię

organizacja i pokrycie kosztów zakwaterowania, jeżeli chemio- lub radioterapia ma miejsce dalej niż 50 km od miejsca zamieszkania

katering dietetyczny (koszt dostawy oraz koszt posiłków) na okres 2 tygodni

pomoc psychoonkologa

dostarczenie leków zleconych przez lekarza (koszt dostarczenia)

zwrot kosztów peruk i protez

organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji (w tym: fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening oporowy, ćwiczenia wytrzymałościowe) – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych wskazań medycznych

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń medycznych i opiekuńczych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terrorizmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH I OPIEKUŃCZYCH

1. Świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Choroby nowotworowej są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w przypadku Choroby nowotworowej, o których mowa w § 5 niniejszej Umowy dodatkowej, należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym lub osobą działającą w imieniu Ubezpieczonego;
 - d) datę zdiagnozowania Nowotworu złośliwego lub Nowotworu o granicznej złośliwości;
 - e) rodzaj wymaganej pomocy.
3. Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w przypadku Choroby nowotworowej do maksymalnej kwoty w łącznej wysokości wynoszącej 20 000 zł w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenia realizowane są przez okres 12 miesięcy od daty wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i skorzystaniu ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w związku z tym Zdarzeniem ubezpieczeniowym nie będziemy ponosić odpowiedzialności w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego lub Nowotworu o granicznej złośliwości (jednostki chorobowej), z których tytułu Ubezpieczony skorzystał już ze świadczeń medycznych i opiekuńczych, a także w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego lub Nowotworu o granicznej złośliwości (jednostki chorobowej) pozostających w związku przyczynowo-skutkowym z Nowotworem złośliwym lub Nowotworem o granicznej złośliwości (jednostką chorobową), z których tytułu Ubezpieczony skorzystał już ze świadczeń medycznych i opiekuńczych.
5. Warunkiem skorzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w przypadku Choroby nowotworowej jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum Operacyjnego wskazanej przez Centrum Operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty medyczne lekarz Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania dokumentów, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie

stanowi Zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.

7. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) 1 Dzień roboczy od dnia przekazania informacji, o których mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku świadczeń assistance,
 - b) do 2 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o których mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - c) do 10 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o których mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku konsultacji z lekarzem hepatologiem oraz tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego;
 - d) do 5 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o których mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku konsultacji lekarskich z lekarzami pozostałych specjalności wskazanych w § 6 ust. 1 pkt b) oraz w przypadku badania USG;
 - e) do 15 dni roboczych od dnia przekazania informacji, o których mowa w ust. 6 powyżej w przypadku badania PET, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
8. W przypadku nieuznania naszej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego świadczenia, Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych, liczonych od otrzymania dokumentów medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne, poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
9. Koszty świadczeń medycznych i opiekuńczych realizowanych zgodnie z Warunkami AO pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.
10. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2, ust. 4 i ust. 7–8 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3, ust. 5–6 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób układu krążenia Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami CHK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami CHK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach CHK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK wprowadza się następującą definicję:
 - Choroba układu krążenia** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3.

§ 3. CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

Za Chorobę układu krążenia objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego, i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK i które spełniają definicje wskazane poniżej:

- Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i trwałe następstwa neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udar mózgu

powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i trwałe następstwa neurologiczne uznaje się:

- porażenia i niedowłady kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Trwałość któregośkolwiek z powyższych objawów lub następstw neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty zdiagnozowania choroby.

W odniesieniu do Udar mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

Za Udar mózgu nie uznaje się:

- przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
- przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
- uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
- uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
- udar mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- skutków choroby dekompresyjnej.

2. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
 - a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
3. Wyłącznie taką **Kardiomiopatię**, która oznacza upośledzenie funkcji mięśnia lewej komory serca o różnej etiologii, skutkujące nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego).
4. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza przeprowadzoną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
5. Wyłącznie taką **Operację tętniaka mózgu**, która oznacza zabieg polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem klasycznej metody neurochirurgicznego klipsowania (operacja z otwarciem czaszki).
6. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza przeprowadzenie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
 - a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
7. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
8. Wyłącznie taką **Transplantację mięśnia sercowego**, która oznacza zabieg operacyjny przeszczepu mięśnia sercowego będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. W zakresie definicji mieści się zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep (KLO Poltransplant), przy czym za dzień przeprowadzenia Transplantacji mięśnia sercowego uznaje się dzień wpisania na listę KLO Poltransplant.
9. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przeprowadzenie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu śródnaczyniowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
10. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. pełnej sternotomii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.
11. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:
 - a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).
 Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
 Do wypłaty Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów i następstw neurologicznych przez 6 tygodni od dnia zdiagnozowania choroby.
 W odniesieniu do Udaru mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uważa się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.
 Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:
 - a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - c) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - d) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - e) skutków choroby dekompresyjnej.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK jest wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby układu krążenia, które oznacza zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 lub przeprowadzenie u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nasza odpowiedzialność z tytułu Chorób układu krążenia w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone, jeżeli Choroba układu krążenia powstała w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadku Choroby układu krążenia, z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Chorobą układu krążenia została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Ubezpieczonego w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował choroby układu krążenia;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień § 5 oraz ust. 3 poniżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku Choroby układu krążenia zdefiniowanej w § 3 ust. 1–8 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień

diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;

- b) w przypadku Choroby układu krążenia zdefiniowanej w § 3 ust. 9–11 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
3. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Chorób układu krążenia należących do tej samej grupy, wskazanej w pkt a) – c) poniżej, nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK:
 - a) Udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - b) Operacja zastawek serca oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - c) Operacja na naczyniach wieńcowych oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 i ust. 3 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 5 i ust. 6 poniżej.
5. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK zostaną wyłączone:
 - a) Choroba układu krążenia, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK, oraz te Choroby układu krążenia, które z tą Chorobą układu krążenia pozostają w związku przyczynowo-skutkowym;
 - b) Choroby układu krążenia należące do tej samej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych, wskazanej w ust. 3 pkt a) –c) powyżej, jeżeli kwota wypłaconych Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Chorób układu krążenia należących do tej grupy osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
6. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Choroby układu krążenia wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Choroby układu krążenia, z zastrzeżeniem że w przypadku gdy z tytułu poszczególnych Chorób układu krążenia należne byłyby Świadczenia o różnej wysokości, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu tej Choroby układu krążenia, dla której należne jest najwyższe Świadczenie.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami CHK.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. historii choroby, opisów wyników badań);
 - d) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i 5–6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami LSPK”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSPK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach LSPK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK wprowadza się następujące definicje:
 - Dzień zdarzenia** – dzień przeprowadzenia u Ubezpieczonego procedury leczenia wymienionej i zdefiniowanej w § 3;
 - Leczenie specjalistyczne kardiologiczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO

- Ablacja** – zabieg kardiologiczny mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru tkanki serca, który odpowiada za powstawanie zaburzeń rytmu serca;

- Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA)** – zabieg polegający na usunięciu zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu przezskórnej angioplastyki balonowej (PTCA) lub innej podobnej metody przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych.
- Embolizacja tętniaka tętnic mózgowych** – zabieg wewnątrznaczyniowy polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem metody z zakresu neuroradiologii zabiegowej (embolizacja wewnątrznaczyniowa za pomocą spiral);
- Walwuloplastyka balonowa** – zabieg polegający na mechanicznym poszerzeniu zwężonej zastawki serca za pomocą cewnika zakończonego balonem;
- Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
- Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK jest Leczenie specjalistyczne kardiologiczne Ubezpieczonego, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na

podstawie Warunków LSPK, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nasza odpowiedzialność z tytułu Leczenia specjalistycznego kardiologicznego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek w związku z którymi nastąpiło Leczenie specjalistyczne kardiologiczne były spowodowane:
 - a) działaniami wojennymi, czynnym udziałem Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próbą popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne kardiologiczne zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego postanowiono w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK nie zostanie wypłacone, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego kardiologicznego została u Ubezpieczonego zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało u Ubezpieczonego rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego obejmował leczenie specjalistyczne;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK wyłączona zostanie ta procedura przeprowadzona w ramach Leczenia specjalistycznego kardiologicznego Ubezpieczonego, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te procedury Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli kolejna procedura Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, która została zastosowana u Ubezpieczonego, związana jest z leczeniem tej samej choroby, w związku z którą Ubezpieczony już otrzymał Świadczenie i przeprowadzono u niego jedną z procedur, o których mowa w § 3 powyżej.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami LSPK.
6. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPK ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - d) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–11 oraz ust. 16 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 12–15 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POWTÓRNEJ OPINII MEDYCZNEJ KARDIOLOGICZNEJ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami POMK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami POMK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach POMK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMK wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Konsultant** – podmiot leczniczy działający poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej upoważniony do udzielenia Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej;
 - Osoba upoważniona** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymywania i przekazywania Centrum Operacyjnemu dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
 - Choroba układu krążenia** – każde ze zdarzeń wskazanych w § 3;
 - Powtórna opinia medyczna kardiologiczna** – opinia Konsultanta dostarczona na piśmie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej, wydana w związku z diagnozą jednej

z chorób układu krążenia lub w związku z koniecznością przeprowadzenia u Ubezpieczonego operacji chirurgicznej, która została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej, wskazanych w katalogu Chorób układu krążenia w § 3 poniżej;

- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. KATALOG CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA

- Za Chorobę układu krążenia Ubezpieczonego uznaje się wyłączenie te choroby układu krążenia, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego i wyłącznie te zabiegi operacyjne, których konieczność przeprowadzenia została potwierdzona przez lekarza w dokumentacji medycznej w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMK wskazane poniżej:
 - udar mózgu;
 - zawał serca;
 - kardiomiopatia;
 - operacja na naczyniach wieńcowych;
 - operacja tętniaka mózgu;
 - operacja wszczepienia protezy aortalnej;
 - operacja zastawek serca;
 - transplantacja mięśnia sercowego;
 - małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej;
 - udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMK jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego jednej

z chorób układu krążenia lub konieczność przeprowadzenia u Ubezpieczonego któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych wskazanych w katalogu Chorób układu krążenia w § 3 powyżej w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zażalenie ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Klasyfikacji ICD.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMK. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków POMK nie zostanie zrealizowane, jeżeli Choroba układu krążenia nastąpi w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, ze skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także z ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz spowodowanych działaniem Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej jest realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnimy i pokryjemy koszty Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej obejmującej:
 - a) udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej;
 - b) tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski;
 - c) przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę;
 - d) tłumaczenie na język polski Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej wydanej przez Konsultanta;
 - e) udostępnienie Ubezpieczonemu Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej.
3. W celu skorzystania z Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym lub z Osobą upoważnioną.
4. Centrum Operacyjne udzieli Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej

umożliwiającej wydanie Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej.

5. Warunkiem uzyskania Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 4 powyżej na adres e-mail Centrum Operacyjnego lub na innym trwałym nośniku na adres korespondencyjny Centrum Operacyjnego sporządzonej w języku polskim i podpisanej przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego.
6. Lekarz Centrum Operacyjnego weryfikuje otrzymaną dokumentację medyczną i przygotowuje ją do wysłania do Konsultanta.
7. W przypadku, gdy otrzymana dokumentacja medyczna jest w opinii lekarza Centrum Operacyjnego niekompletna, Centrum Operacyjne kontaktuje się drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila z Ubezpieczonym lub Osobą upoważnioną w celu poinformowania o brakujących dokumentach.
8. Po otrzymaniu kompletu dokumentacji medycznej Centrum Operacyjne informuje telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną o posiadaniu wymaganej dokumentacji medycznej i przystępuje do organizacji usługi Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej.
9. Centrum Operacyjne zobowiązuje się do przesłania Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej w sposób określony w ust. 11 poniżej w możliwie najkrótszym terminie, nieprzekraczającym jednak 30 Dni roboczych, licząc od dnia otrzymania od Ubezpieczonego lub Osoby upoważnionej kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5 powyżej, z zastrzeżeniem ust. 10 poniżej.
10. W przypadku gdy w opinii Konsultanta, wydanej na podstawie otrzymanego za pośrednictwem Centrum Operacyjnego kompletu dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 5 powyżej, do wydania Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej konieczne będzie uzupełnienie tej dokumentacji lub przeprowadzenie przez Ubezpieczonego dodatkowych badań, Centrum Operacyjne niezwłocznie informuje o tym fakcie Ubezpieczonego bądź Osobę upoważnioną drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila.
11. Centrum Operacyjne odsyła Powtórna opinię medyczną kardiologiczną Ubezpieczonemu lub Osobie upoważnionej na adres e-mail (w postaci zaszyfrowanych plików), z którego Ubezpieczony lub Osoba upoważniona wysłały do Centrum Operacyjnego dokumentację medyczną. Powtórna opinia medyczna kardiologiczna, na życzenie Ubezpieczonego, może zostać wysłana także na adres korespondencyjny podany przez Ubezpieczonego lub Osobę upoważnioną.
12. Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z jednej Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 4 niniejszej Umowy dodatkowej.
13. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spełnia kryteria więcej niż jednej Choroby układu krążenia wskazanej w § 3 powyżej, zakres odpowiedzialności ogranicza się wyłącznie do jednej Choroby układu krążenia, tj. do jednej zdiagnozowanej choroby układu krążenia albo do jednego przeprowadzonego zabiegu operacyjnego.
14. Nie pokrywamy kosztów związanych z przesyłaniem i analizą próbek histopatologicznych.
15. Nie ponosimy odpowiedzialności za treść Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej, w tym wniosków i zaleceń medycznych wynikających z Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej.
16. Koszty Powtórnej opinii medycznej kardiologicznej realizowanej zgodnie z Warunkami POMK, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia diagnostyka chorób układu krążenia rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–2, ust. 4 oraz ust. 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 3 oraz ust. 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DIAGNOSTYKA CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia diagnostyka chorób układu krążenia, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami DCHK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami DCHK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach DCHK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków DCHK wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - b) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków DCHK jest wystąpienie u Ubezpieczonego objawów choroby układu krążenia lub podjęcie przez Ubezpieczonego

działań profilaktycznych, które mają zapobiec rozwinięciu się takiej choroby w przyszłości, które nastąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków DCHK. Badania diagnostyczne chorób układu krążenia realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń z zakresu diagnostyki chorób układu krążenia Ubezpieczonego, obejmujących:
 - a) pobranie krwi i innych zleconych przez lekarza materiałów;
 - b) badania:
 - i. sód;
 - ii. potas;
 - iii. lipidogram;
 - iv. D-dimery;
 - v. glukoza na czczo;
 - vi. kwas moczowy;
 - vii. morfologia z rozmazem automatycznym.
 - c) Badanie EKG – spoczynkowe;
 - d) Echokardiografia – USG serca;
 - e) Konsultacja internisty zawierająca omówienie wyników i wydanie zaleceń na przyszłość.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W niniejszej umowie dodatkowej wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności nie mają zastosowania.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia diagnostyczne chorób układu krążenia są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania ze świadczeń z zakresu diagnostyki chorób układu krążenia należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym.
3. Z każdego ze świadczeń diagnostycznych chorób układu krążenia, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt a)-e) powyżej, Ubezpieczony może skorzystać jeden raz w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia bez konieczności otrzymania na nie skierowania od lekarza.
4. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 1 Dnia roboczego, liczonych od dnia zgłoszenia do Centrum Operacyjnego, w przypadku badań medycznych, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt b), badań krwi i innych zleconych przez lekarza materiałów;
 - b) do 2 Dni roboczych, liczonych od dnia zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - c) do 5 Dni roboczych, liczonych od dnia zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku badania EKG oraz USG serca, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
5. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze świadczeń diagnostycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Koszty badań diagnostycznych chorób układu krążenia realizowanej zgodnie z Warunkami DCHK, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Chorób układu krążenia rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i ust. 3; § 5 w związku z § 2 i ust. 3; § 7 w związku z § 2 i ust. 3; § 8 ust. 1–13 w związku z § 2 i ust. 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2 i ust. 3; § 8 ust. 14 w związku z § 2 i ust. 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE I OPIEKUŃCZE W PRZYPADKU CHOROÓB UKŁADU KRĄŻENIA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze w przypadku Chorób układu krążenia, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „Warunkami ŚMCHK”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMCHK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMCHK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMCHK wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Centrum telemedyczne** – czynne całą dobę centrum obsługujące Ubezpieczonych w zakresie teleopieki kardiologicznej;
 - Choroba układu krążenia** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3;
 - Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie

lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;

- Zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały eksploatacyjne, materiały szkoleniowe i informacyjne udostępnione Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne.

§ 3. CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

Za Chorobę układu krążenia objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby układu krążenia, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego, w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMCHK i które spełniają definicje wskazane poniżej:

- Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i trwałe następstwa neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ścian naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udar mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i trwałe następstwa neurologiczne uznaje się:

- porażenia i niedowłady kończyn;
- zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- padaczkę poudarową;
- uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- zaburzenia mowy;
- encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Trwałość któregośkolwiek z powyższych objawów lub następstw neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty zdiagnozowania choroby.

W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

Za Udar mózgu nie uznaje się:

- a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - c) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - d) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - e) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - f) skutków choroby dekompresyjnej.
2. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
- a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
3. Wyłącznie taką **Kardiomiopatię**, która oznacza upośledzenie funkcji mięśnia lewej komory serca o różnej etiologii, skutkujące nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej 4 według skali NYHA (Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego).
4. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza przeprowadzoną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
5. Wyłącznie taką **Operację tętniaka mózgu**, która oznacza zabieg polegający na wyłączeniu tętniaka w mózgu z krążenia w układzie naczyniowym mózgu z zastosowaniem klasycznej metody neurochirurgicznego klipsowania (operacja z otwarciem czaszki).
6. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej**, która oznacza przeprowadzenie operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny lub piersiowy. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
- a) operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - c) zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.
7. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych

w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.

8. Wyłącznie taką **Transplantację mięśnia sercowego**, która oznacza zabieg operacyjny przeszczepu mięśnia sercowego będący wynikiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. W zakresie definicji mieści się zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep (KLO Poltransplant), przy czym za dzień przeprowadzenia Transplantacji mięśnia sercowego uznaje się dzień wpisania na listę KLO Poltransplant.
 9. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przeprowadzenie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu śródnaczyniowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się po objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHK.
 10. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. pełnej sternotomii.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.
11. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie Udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za objawy i następstwa neurologiczne uznaje się:

- a) porażenia i niedowłady kończyn;
- b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- c) padaczkę poudarową;
- d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- e) zaburzenia mowy;
- f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do wypłaty Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się powyższych objawów i następstw neurologicznych przez 6 tygodni od dnia zdiagnozowania choroby.

W odniesieniu do Udaru mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uważa się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

- a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
- b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
- c) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
- d) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- e) skutków choroby dekompresyjnej.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie

Warunków ŚMCHK jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby układu krążenia, o której mowa w § 3 powyżej, w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMCHK. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń medycznych i opiekuńczych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH I OPIEKUŃCZYCH W PRZYPADKU CHOROBY UKŁADU KRĄŻENIA

W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych realizowanych na podstawie sporządzonego na piśmie skierowania lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego oraz świadczeń opiekuńczych w postaci teleopieki kardiologicznej, obejmujących:

1. Świadczenia medyczne:
 - a) konsultacje lekarskie – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: kardiolog, kardiochirurg, dietetyk, neurolog, endokrynolog, chirurg naczyniowy;
 - b) badania diagnostyczne – morfologia, markery martwicy mięśnia sercowego, stężenie elektrolitów, lipidogram, kreatynina, kwas moczowy, AST, ALT, TSH, fT4, INR, APTT;
 - c) badania specjalistyczne – EKG, RTG, USG dopplerowskie, USG serca, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny.
2. Świadczenia opiekuńcze – świadczenie teleopieki kardiologicznej:
 - a) Zapewnimy Ubezpieczonemu przez okres 180 następujących po sobie dni, począwszy od godziny 00.00 dnia następnego po dniu, w którym przeprowadzono szkolenie z obsługi Zestawu teleopieki kardiologicznej, dostęp do Centrum telemedycznego świadczącego następujące usługi:
 - i. przyjmowanie i rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - ii. analizę przesłanych badań przez personel Centrum telemedycznego;
 - iii. stały kontakt telefoniczny z personelem Centrum telemedycznego;
 - iv. dostęp do informacji na temat wyników badań pod numerem Centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG;
 - v. archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - vi. udostępnienie drogą telefoniczną lub za pośrednictwem e-maila wyników badań Ubezpieczonego osobie kontaktowej, którą Ubezpieczony wskaże na piśmie, upoważnionej do kontaktu oraz otrzymywania wyników badań Ubezpieczonego, lub lekarzowi prowadzącemu leczenie Ubezpieczonego;
 - vii. wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego Centrum telemedycznego potrzeby pomocy medycznej, a także poinformowanie o tym fakcie

osób kontaktowych w przypadku wyrażenia przez Ubezpieczonego takiej woli;

- viii. przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego oraz wskazówek dojazdu do miejsca zamieszkania.
- b) Zestaw teleopieki kardiologicznej zostanie dostarczony Ubezpieczonemu w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego.
 - c) Organizujemy i pokrywamy koszty:
 - i. dostarczenia Zestawu teleopieki kardiologicznej do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
 - ii. telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz korzystania z teleopieki kardiologicznej;
 - iii. teleopieki kardiologicznej;
 - iv. odbioru aparatu EKG, stanowiącego element Zestawu teleopieki kardiologicznej, z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego po upływie 180 dni od daty przeprowadzenia szkolenia z obsługi Zestawu teleopieki kardiologicznej (początku okresu świadczenia teleopieki kardiologicznej).
 - d) Warunkiem telefonicznego kontaktu personelu Centrum telemedycznego z Ubezpieczonym jest posiadanie przez Ubezpieczonego telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer został podany w trakcie kontaktu z Centrum Operacyjnym.
 - e) Warunkiem udostępnienia wyników badań Ubezpieczonego osobie kontaktowej lub lekarzowi prowadzącemu leczenie Ubezpieczonego jest pisemna zgoda Ubezpieczonego przekazana Centrum Operacyjnemu.
 - f) Usługi wymienione ust. 2 pkt a) powyżej są świadczone bez limitu ilościowego w okresie 180 dni, na jaki został Ubezpieczonemu wypożyczony Zestaw teleopieki kardiologicznej.
 - g) Okres 180 dni, w którym świadczona jest teleopieka kardiologiczna, przysługuje Ubezpieczonemu na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w § 4.
 - h) W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego okres, w jakim przysługuje prawo do teleopieki kardiologicznej, ulega przedłużeniu o kolejne 180 dni, licząc od daty zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 8. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia medyczne i opiekuńcze realizowane są za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby układu krążenia należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony (lub osoba działająca w imieniu Ubezpieczonego) powinna podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym lub osobą działającą w imieniu Ubezpieczonego;
 - d) datę zdiagnozowania Choroby układu krążenia;
 - e) adres zamieszkania;
 - f) rodzaj wymaganej pomocy.
3. Warunkiem skorzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum Operacyjnego wskazanej przez Centrum Operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku świadczenia teleopieki kardiologicznej po potwierdzeniu uprawnień do skorzystania z tej usługi Centrum Operacyjne skontaktuje się z Centrum telemedycznym świadczącym teleopiekę kardiologiczną na rzecz Ubezpieczonego w celu przekazania danych Ubezpieczonego oraz skontaktuje się

z Ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji teleopieki kardiologicznej.

5. Centrum telemedyczne świadczące teleopiekę kardiologiczną na rzecz Ubezpieczonego skontaktuje się z Ubezpieczonym w celu poinformowania o dacie dostarczenia Zestawu teleopieki kardiologicznej.
6. W oparciu o przekazane przez Ubezpieczonego dokumenty medyczne lekarz Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie do 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie ubezpieczeniowe uprawniające do udzielenia świadczenia, o które wnioskuje Ubezpieczony.
7. Ubezpieczonemu przysługuje uprawnienie do skorzystania łącznie z 25 świadczeń medycznych, o których mowa w § 7 ust. 1 powyżej, na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe, z zastrzeżeniem że każda z konsultacji lekarskich, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt a), oraz każde z badań specjalistycznych, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt c) liczy się jako jedno świadczenie medyczne. Badania diagnostyczne, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt b), liczone są jako jedno świadczenie medyczne niezależnie od liczby i rodzaju wykonanych badań.
8. Ubezpieczony powinien niezwłocznie poinformować Centrum Operacyjne o awarii lub uszkodzeniu Zestawu teleopieki kardiologicznej lub wszelkich utrudnieniach w korzystaniu z niego.
9. Za koszty naprawy Zestawu teleopieki kardiologicznej uszkodzonego przez Ubezpieczonego odpowiedzialność ponosi Ubezpieczony.
10. Ubezpieczony zobowiązuje się do nieprzekazywania Zestawu teleopieki kardiologicznej osobom trzecim i korzystania z teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek zgodnie z instrukcją obsługi otrzymaną wraz z Zestawem teleopieki kardiologicznej.
11. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) 1 Dzień roboczy od dnia przekazania Ubezpieczonemu informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku badań diagnostycznych;
 - b) do 3 Dni roboczych od dnia przekazania Ubezpieczonemu informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku świadczenia teleopieki kardiologicznej;
 - c) do 5 Dni roboczych od dnia przekazania Ubezpieczonemu informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku badań: EKG, RTG, USG dopplerowskie, USG serca oraz konsultacji lekarskich;
 - d) do 10 Dni roboczych od dnia przekazania Ubezpieczonemu informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej, w przypadku tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
12. W przypadku nieuznania naszej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego świadczenia Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych, liczonych od otrzymania dokumentów medycznych, poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
13. Koszty świadczeń medycznych oraz świadczenia teleopieki kardiologicznej, realizowanych zgodnie z Warunkami ŚMNCH, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.
14. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób cywilizacyjnych Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–3 oraz ust. 5–6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Chorób cywilizacyjnych Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami CHC**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami CHC stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach CHC określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC wprowadza się następujące definicje:
 - Choroba cywilizacyjna** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3;
 - Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - zdiagnozowano którąkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 1-2 oraz § 3 ust. 4-9;
 - wystawiono skierowania na operację chirurgiczną w przypadku choroby wskazanej w § 3 ust. 3.

§ 3. CHOROBY CYWILIZACYJNE UBEZPIECZONEGO

Za Chorobę cywilizacyjną objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego oraz te zabiegi operacyjne, na które skierowanie zostało wystawione w okresie obejmowania go ochroną ubezpieczeniową

z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC i które spełniają definicje wskazane poniżej:

- Wyłącznie taką **Astmę oskrzelową**, która oznacza chorobę charakteryzującą się przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych oraz utrudnieniem wydechowego przepływu powietrza. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza pulmonologa na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz w badaniu spirometrycznym lub teście odwracalności skurczu oskrzeli, lub teście nieswoistej nadreaktywności oskrzeli. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zespoły nakładania astmy/przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.
- Wyłącznie taką **Celiakię**, która oznacza przewlekłą glutenozależną autoimmunologiczną chorobę trzewną, w której na skutek spożywania glutenu dochodzi do uszkodzenia jelita cienkiego. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniami serologicznymi oraz charakterystycznym obrazem biopsji jelita w badaniu histopatologicznym.
- Wyłącznie taką **Chorobę tarczycy**, która wymaga przeprowadzenia operacji chirurgicznej. Naszą odpowiedzialnością są objęte tylko i wyłącznie te Choroby tarczycy, dla których skierowanie na przeprowadzenie operacji chirurgicznej zostało wystawione w okresie naszej odpowiedzialności.
- Wyłącznie taką **Chorobę obturacyjną płuc**, która oznacza chorobę charakteryzującą się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, rozpoznaną przez lekarza pulmonologa na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz kilkakrotnie wykonanego badania spirometrycznego potwierdzającego stosunek FEV1/FVC mniejszy niż 0,7 po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zespoły nakładania astmy/przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

- Wyłącznie taką **Chorobę wieńcową**, która oznacza chorobę niedokrwienną serca w przebiegu miażdżycy naczyń wieńcowych, rozpoznaną przez lekarza kardiologa na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz badania EKG lub próby wysiłkowej, lub koronarografii.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się przypadki anginy Prinzmetala, dławicy spowodowanej przez mostki mięśniowe nad tętnicami wieńcowymi.

- Wyłącznie taką **Chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy**, która oznacza chorobę, w której cyklicznie dochodzi do pojawiania się wrzodów trawiennych w żołądku i dwunastnicy potwierdzonych przynajmniej w 2 badaniach endoskopowych żołądka.
- Wyłącznie taką **Cukrzycę typu 1**, która oznacza chorobę autoimmunologiczną objawiającą się przewlekłą hiperglikemią, spowodowaną bezwzględnym brakiem wydzielania insuliny, wymagającą codziennego podawania insuliny. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone przez specjalistę diabetologa.
- Wyłącznie taką **Cukrzycę typu 2**, która oznacza chorobę spowodowaną postępującym upośledzeniem wydzielania insuliny w warunkach insulinooporności, rozpoznaną na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego oraz hiperglikemii powyżej 126 mg/dl lub hiperglikemii przygodnej powyżej 200 mg/dl lub testu obciążenia glukozą.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się nieprawidłową glikemię na czczo oraz nieprawidłową tolerancję glukozy jak również cukrzycę ciążową.
- Wyłącznie taką **Dnę moczaniową**, która oznacza zapalenie stawów spowodowane przez kryształki moczanu sodu w płynie stawowym i tkankach okołostawowych, rozpoznaną na podstawie podwyższonego poziomu kwasu moczowego, obrazu RTG/ USG/ MRI lub badania płynu stawowego.
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się bezobjawową hiperurykemię.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC jest wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby cywilizacyjnej, które oznacza zdiagnozowanie u Ubezpieczonego którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 1–2 oraz ust. 4–9 lub wystawienie skierowania na operację chirurgiczną w przypadku Choroby cywilizacyjnej wskazanej w § 3 ust. 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości równej 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC, nasza odpowiedzialność z tytułu Choroby cywilizacyjnej Ubezpieczonego w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC nie zostanie wypłacone, jeżeli Choroba cywilizacyjna Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - astmy zawodowej rozwijającej się pod wpływem narażenia na szkodliwy czynnik w miejscu pracy potwierdzonej orzeczeniem o rozpoznaniu choroby zawodowej.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- Z zastrzeżeniem postanowień § 5 oraz postanowień ust. 3 poniżej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia, określonej w Polisie.
- Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
- Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC będzie zredukowany o tę Chorobę cywilizacyjną, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te Choroby cywilizacyjne, które pozostają z tą Chorobą cywilizacyjną w związku przyczynowo-skutkowym.
- Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami CHC.
- Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków CHC ustalimy w oparciu o:
 - prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - kopię dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. historii choroby, opisów wyników badań);
 - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia badania profilaktyczne i konsultacje dietetyczne rozszerzające zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–5 oraz ust. 7–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 6 oraz ust. 9 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA BADANIA PROFILAKTYCZNE I KONSULTACJE DIETETYCZNE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia badania profilaktyczne i konsultacje dietetyczne, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami BPKD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami BPKD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach BPKD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BPKD wprowadza się następujące definicje:
 - E-wizyty** – świadczenia medyczne udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów porozumiewania się na odległość przez Partnera Medycznego. E-wizyty mogą odbywać się w formie chatu, telekonferencji lub wideokonferencji;
 - Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych w tym E-wizyt;
 - Platforma** – aplikacja dostępna za pośrednictwem sieci Internet lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiającą organizację świadczeń medycznych w tym E-wizyt przez Partnera Medycznego;

- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Partnera Medycznego.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BPKD jest wystąpienie u Ubezpieczonego objawów choroby lub podjęcie przez Ubezpieczonego działań profilaktycznych, które mają zapobiec rozwinięciu się takiej choroby w przyszłości, które nastąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BPKD. Badania profilaktyczne i konsultacje dietetyczne realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. BADANIA PROFILAKTYCZNE I KONSULTACJE DIETETYCZNE

- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych w postaci badań profilaktycznych oraz konsultacji dietetycznych obejmujących:
 - badania profilaktyczne:
 - badanie ogólne moczu;
 - morfologia krwi z rozmazem;

- iii. cholesterol całkowity;
- iv. glukoza na czczo;
- v. PSA całkowity;
- vi. badanie EKG spoczynkowe;
- vii. cytologia szyjki macicy.
- b) konsultacje dietetyczne:
 - i. pierwsza konsultacja w postaci E-wizyty albo wizyty w placówce medycznej wraz z analizą składu ciała;
 - ii. sporządzenie diety na 14 dni;
 - iii. konsultacja kontrolna w postaci E-wizyty albo wizyty w placówce medycznej.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń medycznych oraz E-wizyt wynikające ze strajków, z niepokoju społecznych, aktów terrorizmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Badania profilaktyczne i konsultacje dietetyczne są realizowane za pośrednictwem Partnera Medycznego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania z badań profilaktycznych oraz konsultacji dietetycznych należy:
 - a) skontaktować się z Partnerem Medycznym za pośrednictwem infolinii oraz podać następujące dane:
 - i. imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - ii. numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - iii. adres e-mail lub numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - iv. rodzaj badań lub konsultacji, z których Ubezpieczony chce skorzystać.
 - b) zalogować się poprzez link przesłany na adres e-mail lub numer telefonu do utworzonego na Platformie przez Partnera Medycznego, na podstawie danych o których mowa w pkt a) powyżej, indywidualnego konta Ubezpieczonego;
 - c) zaakceptować regulamin i politykę prywatności Partnera Medycznego dostępne na Platformie przed terminem umówionych świadczeń medycznych wskazanych w § 5 ust. 1. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie zaloguje się do indywidualnego konta o którym mowa w pkt b) powyżej przed terminem umówionych świadczeń medycznych, zostanie telefonicznie poproszony o akceptację regulaminu i polityki prywatności.
3. Badania profilaktyczne oraz konsultacje dietetyczne w postaci wizyty w placówce medycznej możliwe są do zrealizowania w placówkach wskazanych przez Partnera Medycznego.
4. Dietetyk zostanie wybrany losowo przez system informatyczny Partnera Medycznego – świadczenie zostanie zrealizowane po zaakceptowaniu danego dietetyka przez Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony powinien ujawnić dietetykowi wszelkie informacje i okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla udzielanych świadczeń medycznych, w tym E-wizyty lub wizyty stacjonarnej, a także udostępnić kopie niezbędnej dokumentacji medycznej i wyniki badań. Nieprzekazanie informacji lub nieudostępnienie dokumentacji medycznej może skutkować niemożnością udzielania świadczenia medycznego. Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za niezgodne z prawdą lub zatajone informacje, jeżeli miały lub mogły mieć wpływ na wykonanie świadczenia medycznego.
6. Z każdego z badań profilaktycznych oraz konsultacji dietetycznych wskazanych w § 5 ust. 1 Ubezpieczony może skorzystać jeden raz w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia bez konieczności otrzymania skierowania od lekarza.

7. W ciągu 24 godzin po zakończonej E-wizycie Ubezpieczony może zadawać dietetykowi z którym była przeprowadzona konsultacja pytania uzupełniające poprzez chat.
8. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 1 Dnia roboczego od zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku badań profilaktycznych;
 - b) do 3 Dni roboczych od zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyty u dietetyka;
 - c) do 5 Dni roboczych od zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku wizyty u dietetyka w placówce medycznej, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
9. Nasza odpowiedzialność w ramach niniejszej Umowy dodatkowej nie obejmuje możliwości skorzystania z badań profilaktycznych oraz wizyt w placówce medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
10. Koszty świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z Warunkami BPKD, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia badania diagnostyczne Chorób tarczycy rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–5 oraz ust. 7–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 6 oraz ust. 9 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA BADANIA DIAGNOSTYCZNE CHOROÓB TARCZYCY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia badania diagnostyczne Chorób tarczycy, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami BDCHT**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami BDCHT stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach BDCHT określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BDCHT wprowadza się następujące definicje:
 - Choroba tarczycy** – choroba związana z nieprawidłową produkcją hormonów przez tarczycę powodująca niedoczynność lub nadczynność tarczycy;
 - E-wizyty** – świadczenia medyczne udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów porozumiewania się na odległość przez Partnera Medycznego. E-wizyty mogą odbywać się w formie chatu, telekonferencji lub wideokonferencji;
 - Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych w tym E-wizyt;

- Platforma** – aplikacja dostępna za pośrednictwem sieci Internet lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca organizację świadczeń medycznych w tym E-wizyt przez Partnera Medycznego;
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Partnera Medycznego.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BDCHT jest wystąpienie u Ubezpieczonego objawów Choroby tarczycy lub podjęcie przez Ubezpieczonego działań profilaktycznych, które mają zapobiec rozwinięciu się takiej choroby w przyszłości, które nastąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BDCHT. Badania diagnostyczne Chorób tarczycy realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. ZAKRES BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH W KIERUNKU CHOROÓB TARCZYCY

1. W przypadku zajęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych w postaci badań diagnostycznych Chorób tarczycy obejmujących:
 - a) badania laboratoryjne:
 - 1) morfologia krwi z rozmazem;
 - 2) fT3;
 - 3) fT4;
 - 4) TSH;
 - 5) CRP;
 - 6) kreatynina;
 - 7) kwas moczowy;
 - 8) glukoza;
 - 9) mocznik;
 - 10) sód;
 - 11) anty-TG;
 - 12) potas;
 - 13) ALAT;
 - 14) ASPAT;
 - 15) lipidogram;
 - 16) anty TPO;
 - 17) przeciwciała przeciwko receptorom TSH (TRAb);
 - 18) badanie ogólne moczu z osadem.
 - b) USG tarczycy;
 - c) podsumowanie i interpretację wyników badań laboratoryjnych podczas E-wizyty u lekarza internisty;
 - d) E-wizytę z lekarzem endokrynologiem – w przypadku gdy wyniki badań wskazanych w pkt a) lub b) powyżej według opinii lekarza internisty będą poza granicami normy;
 - e) biopsję z badaniem histopatologicznym pod kontrolą USG na podstawie skierowania od lekarza w przypadku konieczności dalszej diagnostyki zleconej przez lekarza endokrynologa podczas E-wizyty, po której nastąpi druga E-wizyta u lekarza endokrynologa w celu omówienia wyników badań.
3. Badania laboratoryjne, USG tarczycy oraz biopsja z badaniem histopatologicznym pod kontrolą USG możliwe są do zrealizowania w placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego.
4. Lekarz internista oraz lekarz endokrynolog zostanie wybrany losowo przez system informatyczny Partnera Medycznego – świadczenie zostanie zrealizowane po zaakceptowaniu danego lekarza internisty lub lekarza endokrynologa przez Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony powinien ujawnić lekarzowi internistę oraz lekarzowi endokrynologowi wszelkie informacje i okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla udzielanych świadczeń medycznych, w tym E-wizyty oraz udostępnić kopie niezbędnej dokumentacji medycznej i wyników badań. Nieprzekazanie informacji lub nieudostępnienie dokumentacji medycznej może skutkować niemożnością udzielania świadczenia medycznego. Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za niezgodne z prawdą lub zatajone informacje, jeżeli miały lub mogły mieć wpływ na wykonanie świadczenia medycznego.
6. Z każdego z badań diagnostycznych Chorób tarczycy oraz z E-wizyt z lekarzem internistą lub z lekarzem endokrynologiem, o których mowa w § 5 ust. 1 powyżej, Ubezpieczony może skorzystać jeden raz w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia bez konieczności otrzymania skierowania od lekarza (z wyłączeniem biopsji z badaniem histopatologicznym pod kontrolą USG, na którą skierowanie wystawia lekarz endokrynolog podczas E-wizyty)
7. W ciągu 24 godzin po zakończonej E-wizycie Ubezpieczony może zadawać lekarzowi z którym była przeprowadzona konsultacja pytania uzupełniające poprzez chat.
8. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 4 godzin od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyt z lekarzem internistą;
 - b) do 1 Dnia roboczego od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku badań laboratoryjnych;
 - c) do 3 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyt z lekarzem endokrynologiem;
 - d) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku USG tarczycy;
 - e) do 14 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku biopsji z badaniem histopatologicznym pod kontrolą USG, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania z badań laboratoryjnych, USG tarczycy oraz biopsji z badaniem histopatologicznym pod kontrolą USG poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
10. Koszty świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z Warunkami BDCHT, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń medycznych oraz E-wizyt wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terrorizmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Badania diagnostyczne Chorób tarczycy są realizowane za pośrednictwem Partnera Medycznego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania z badań diagnostycznych Chorób tarczycy należy:
 - a) skontaktować się z Partnerem Medycznym za pośrednictwem infolinii oraz podać następujące dane:
 - i. imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - ii. numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - iii. adres e-mail lub numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - iv. rodzaj badań, z których Ubezpieczony chciałby skorzystać.
 - b) zalogować się poprzez link przesłany na adres e-mail lub numer telefonu do utworzonego na Platformie przez Partnera Medycznego, na podstawie danych przekazanych w pkt a) powyżej, indywidualnego konta Ubezpieczonego;
 - c) zaakceptować regulamin i politykę prywatności Partnera Medycznego dostępne na Platformie przed terminem umówionych świadczeń medycznych o którym mowa w § 5 ust. 1. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie zaloguje się do indywidualnego konta o którym mowa w pkt b) powyżej przed terminem umówionych świadczeń medycznych,

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia badania diagnostyczne Cukrzycy rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–5 oraz ust. 7–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 6 oraz ust. 9 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA BADANIA DIAGNOSTYCZNE CUKRZYCY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia badania diagnostyczne Cukrzycy, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami BDC**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami BDC stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach BDC określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BDC wprowadza się następujące definicje:
 - Cukrzyca** – przewlekła choroba metaboliczna wynikająca z zaburzonego wydzielania lub działania insuliny, objawiająca się nieprawidłowym poziomem glukozy we krwi;
 - E-wizyty** – świadczenia medyczne udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów porozumiewania się na odległość przez Partnera Medycznego. E-wizyty mogą odbywać się w formie chatu, telekonferencji lub wideokonferencji;
 - Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych w tym E-wizyt;

- Platforma** – aplikacja dostępna za pośrednictwem sieci Internet lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca organizację świadczeń medycznych w tym E-wizyt przez Partnera Medycznego;
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Partnera Medycznego.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BDC jest wystąpienie u Ubezpieczonego objawów Cukrzycy lub podjęcie przez Ubezpieczonego działań profilaktycznych, które mają zapobiec rozwinięciu się takiej choroby w przyszłości, które nastąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków BDC. Badania diagnostyczne Cukrzycy realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. ZAKRES BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH W KIERUNKU CUKRZYCY

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych w postaci badań diagnostycznych Cukrzycy obejmujących:
 - a) badania laboratoryjne:
 - i. morfologia krwi z rozmazem;
 - ii. CRP;
 - iii. kreatynina;
 - iv. mocznik;
 - v. sód;
 - vi. potas;
 - vii. ALAT;
 - viii. AspAT;
 - ix. lipidogram;
 - x. TSH;
 - xi. kwas moczowy;
 - xii. Hb A1c – Hemoglobina glikowana;
 - xiii. badanie ogólne moczu z osadem.
 - b) podsumowanie i interpretację badań laboratoryjnych poprzez E-wizytę z lekarzem internistą;
 - c) dalszą diagnostykę – w przypadku gdy wyniki badań laboratoryjnych wskazanych w pkt a) powyżej są poza granicami normy i zgodnie z zaleceniami lekarza internisty wymagane są dodatkowe badania oraz E-wizyty:
 - i. badanie: glukoza na czczo oraz glukoza po obciążeniu;
 - ii. podsumowanie i interpretację wyników badań laboratoryjnych podczas E-wizyty u lekarza internisty;
 - iii. w przypadku gdy stwierdzone badaniem stężenie glukozy wynosi powyżej 125 mg/dl, ponowne oznaczenie glukozy na czczo i skierowanie do diabetologa;
 - iv. E-wizyta u lekarza diabetologa.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń medycznych oraz E-wizyt wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Badania diagnostyczne Cukrzycy są realizowane za pośrednictwem Partnera Medycznego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania z badań diagnostycznych w kierunku Cukrzycy należy:
 - a) skontaktować się z Partnerem Medycznym za pośrednictwem infolinii oraz podać następujące dane:
 - i. imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - ii. numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - iii. adres e-mail lub numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - iv. rodzaj badań, z których Ubezpieczony chciałby skorzystać.
 - b) załogować się poprzez link przesłany na adres e-mail lub numer telefonu do utworzonego na Platformie przez Partnera Medycznego, na podstawie danych o których mowa w pkt a) powyżej, indywidualnego konta Ubezpieczonego;
 - c) zaakceptować regulamin i politykę prywatności Partnera Medycznego dostępne na Platformie przed terminem umówionych świadczeń medycznych wskazanych w § 5 ust. 1. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie załoguje się do indywidualnego konta o którym mowa w pkt b) powyżej przed terminem umówionych świadczeń medycznych, zostanie telefonicznie poproszony o akceptację regulaminu i polityki prywatności.
3. Badania laboratoryjne możliwe są do zrealizowania w placówkach wskazanych przez Partnera Medycznego.

4. Lekarz internista oraz lekarz diabetolog zostanie wybrany losowo przez system informatyczny Partnera Medycznego – świadczenie zostanie zrealizowane po zaakceptowaniu danego lekarza internisty lub lekarza diabetologa przez Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony powinien ujawnić lekarzowi internistę oraz lekarzowi diabetologowi wszelkie informacje i okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla udzielanych świadczeń medycznych w tym E-wizyty oraz udostępnić kopie niezbędnej dokumentacji medycznej i wyników badań. Nieprzekazanie informacji lub nieudostępnienie dokumentacji medycznej może skutkować niemożnością udzielenia świadczenia medycznego. Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za niezgodne z prawdą lub zatajone informacje, jeżeli miały lub mogły mieć wpływ na wykonanie świadczenia medycznego.
6. Z każdego z badań diagnostycznych Cukrzycy oraz z E-wizyt z lekarzem internistą lub lekarzem diabetologiem, o których mowa w § 5 ust. 1 powyżej, Ubezpieczony może skorzystać jeden raz w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia bez konieczności posiadania skierowania od lekarza.
7. W ciągu 24 godzin po zakończonej E-wizycie Ubezpieczony może zadawać lekarzowi z którym była przeprowadzona konsultacja pytania uzupełniające poprzez chat.
8. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 4 godzin od zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyty u lekarza internisty;
 - b) do 1 Dnia roboczego od zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku badań laboratoryjnych, glukozy na czczo oraz glukozy po obciążeniu;
 - c) do 3 Dni roboczych od zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyty u lekarza diabetologa, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania z badań laboratoryjnych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
10. Koszty świadczeń medycznych realizowanych zgodnie z Warunkami BDC, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 i ust. 6–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3–5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami OCH**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OCH stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach OCH określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- c) **Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w związku z Chorobą Ubezpieczonego lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi u Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
- d) **Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie lekowe należne Ubezpieczonemu w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego jednej z Operacji chirurgicznych wskazanych Tabeli Operacji Chirurgicznych, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 6 niniejszej Umowy dodatkowej;
- e) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaje Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków OCH.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Świadczenie lekowe, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, ograniczona jest do zdarzeń powstałych na

skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH nasza odpowiedzialność z tytułu Operacji chirurgicznej niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH nie zostanie wypłacone, jeżeli Operacja chirurgiczna została przeprowadzona w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - g) pełnienia służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej w wysokości, ustalonego na podstawie Tabeli Operacji Chirurgicznych, procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie aktualnej na dzień przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, z zastrzeżeniem § 4.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych w ciągu 1 roku, liczonego od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy Operacji chirurgicznych przeprowadzonych na narządach parzystych z powodu tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, wypłacimy Świadczenie

za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.

5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
6. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, z której tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie w wysokości co najmniej 40% Sumy ubezpieczenia, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, o którym mowa w § 3 ust. 2, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę przeprowadzenia Operacji chirurgicznej, określonej w Polisie.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami OCH.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCH ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej Ubezpieczonego (np. kopię historii choroby, opisów wyników badań, opisów operacji);
 - d) kopię dokumentacji opisującej okoliczności wypadku wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 i ust. 6–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3–5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH UBEZPIECZONEGO NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „Warunkami OCHNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OCHNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach OCHNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
 - b) **Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w związku z fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi u Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;

- c) **Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie należne Ubezpieczonemu w przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego jednej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli Operacji Chirurgicznych, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 6 niniejszej Umowy dodatkowej;
- d) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaje Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków OCHNW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Świadczenie lekowe, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Operacja chirurgiczna została przeprowadzona w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW;
 - c) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku w wysokości, ustalonego na podstawie Tabeli Operacji Chirurgicznych, procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie aktualnej na dzień przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych w ciągu 1 roku, liczonego od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy Operacji chirurgicznych przeprowadzonych na narządach parzystych z powodu tego samego Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Ubezpieczony zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, wypłacimy Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
6. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego Operacji chirurgicznej, z której tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie w wysokości co najmniej 40% Sumy ubezpieczenia, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, o którym mowa w § 3 ust. 2, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę przeprowadzenia Operacji chirurgicznej, określonej w Polisie.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami OCHNW.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentów medycznych Ubezpieczonego;
 - d) kopię dokumentacji opisującej okoliczności wypadku wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–5 oraz ust. 8–14 w związku z § 2; § 7 ust. 1–6 oraz ust. 8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–7 w związku z § 2; § 7 ust. 7 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „Warunkami PSU”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PSU stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach PSU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - b) **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - c) **Choroba nowotworowa** – rozumiana jako:
 - i. wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych,

charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli obecność Nowotworu złośliwego zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- a. guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- b. wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- c. mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- d. raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- e. raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- ii. wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:
- stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
 - nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
 - zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
 - raka brodawkowego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma), wymagającego zabiegu operacyjnego;
 - wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub o granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- d) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- e) **Pobyt na OIOM** – pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale intensywnej terapii lub na wydzielonej sali intensywnego nadzoru, prowadzonych przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniających przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonych w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonych do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
- f) **Pobyt w Sanatorium** – pobyt w Sanatorium na podstawie skierowania na leczenie wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest kontynuacją leczenia po Pobycie w szpitalu, z którego tytułu należne jest Świadczenie;
- g) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia. Za dzień Pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia do Szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawałe serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;
- h) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony i przeznaczony do:
- poruszania się po drodze w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym z wyłączeniem quadów, rowerów, wózków rowerowych, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego;
 - przewozu osób lub rzeczy poruszający się po szynach;
 - poruszania się po śródlądowych drogach wodnych w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej,

a także do żeglugi morskiej w rozumieniu przepisów Kodeksu morskiego;

- iv. poruszania się w ruchu powietrznym, będący samolotem pasażerskim koncesjonowanych linii lotniczych;
- i) **Rekonwalescencja** – trwający nieprzerwanie co najmniej 7 dni pobyt na wydanym przez Szpital zwolnieniu lekarskim, następujący bezpośrednio po Pobycie w tym szpitalu trwającym co najmniej 7 dni, z którego tytułu należne jest Świadczenie;
- j) **Sanatorium** – działający zgodnie z przepisami prawa zakład lecznictwa uzdrowiskowego, przeznaczony do leczenia lub rehabilitacji chorób przewlekłych, rehabilitacji chorych oraz do zapobiegania u rekonwalescentów nawrotom chorób przewlekłych, ich powikłań i zaostrzeń przy wykorzystaniu naturalnych właściwości surowców leczniczych oraz naturalnego klimatu miejscowości, w której się znajduje;
- k) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;
- l) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- m) **Świadczenia ambulatoryjne** – dodatkowe Świadczenia obejmujące konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne oraz zabiegi diagnostyczne, udzielane w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarym i całodobowym, należne Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni;
- n) **Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie należne Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 11 niniejszej Umowy dodatkowej;
- o) **Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Rozpoznanie Udar mózgu musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego. W odniesieniu do Udar mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;
- p) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego i niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Ubezpieczony nie

poruszał się Pojazdem komunikacyjnym, ale został przez niego uderzony;

q) **Wypadek w pracy** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył oraz który nastąpił:

- i. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego na rzecz pracodawcy w ramach stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych lub w związku z wykonywaniem ww. czynności lub poleceń;
- ii. podczas wykonywania przez Ubezpieczonego ww. czynności na rzecz pracodawcy lub w związku z ich wykonywaniem, nawet bez polecenia;
- iii. w czasie pozostawiania przez Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy lub z umowy cywilnoprawnej;
- iv. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w tiret i., ii., iii. powyżej, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Wypadek w pracy musi zostać potwierdzony w protokole powypadkowym BHP, sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za Wypadek w pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

r) **Zawał serca** – powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:

- i. typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
- ii. świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
- iii. stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU jest Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej. Ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te Pobyty w szpitalu, które nastąpiły z przyczyn wskazanych w Polisie.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o:
 - a) Pobyt na OIOM Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) Rekonwalescencję Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - c) Pobyt w Sanatorium Ubezpieczonego, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - d) Świadczenie lekowe,
 - e) Świadczenia ambulatoryjne,co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na

podstawie Warunków PSU, z zastrzeżeniem że w okresie 1 miesiąca, licząc od tej daty, ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karenja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU nasza odpowiedzialność z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karenja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego lub Pobyt na OIOM Ubezpieczonego nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w pracy spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w pracy;
 - e) Chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) wykonywania u Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU;
 - g) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub Uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych;
 - h) wykonania u Ubezpieczonego okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
 - j) leczenia Chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń ambulatoryjnych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń ambulatoryjnych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych

decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu w danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU za każdy rozpoczęty dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej „stawką dzienną”) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 4 oraz ust. 3 i ust. 7 poniżej.
3. Jeżeli Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu, lub Chorobą nowotworową) wypłacimy Świadczenie, pod warunkiem że Pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 1 dzień (1 zmiana daty).
4. Wysokość stawki diennej za dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, w zależności od przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Polisie.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem w pracy, Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, a także w przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany Chorobą nowotworową, która została zdiagnozowana przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU, za każdy takiego Pobytu w szpitalu wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki diennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem (lub Wypadkiem komunikacyjnym, lub Wypadkiem w pracy) i Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu, lub Chorobą nowotworową), wysokość Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU obliczona zostanie w oparciu o stawkę dzienną właściwą dla Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Polisie jest najwyższa.
7. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Klasyfikacji ICD, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w każdym Roku ubezpieczenia.
8. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Pobyt na OIOM Ubezpieczonego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt a) wypłacimy Ubezpieczonemu, w zależności od formy wypłaty Świadczenia wskazanej w Polisie:
 - a) Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni Pobytu na OIOM, w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego, albo
 - b) Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego, ale za nie więcej niż 5 kolejno następujących po sobie dni, w wysokości stawki diennej z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Ubezpieczonego.
 Powyższe Świadczenie jest wypłacane dodatkowo i niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU.
9. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Rekonwalescencję Ubezpieczonego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2 pkt b) wypłacimy Ubezpieczonemu, w zależności od formy wypłaty Świadczenia wskazanej w Polisie:

- a) Świadczenie jednorazowe niezależne od liczby dni Rekonwalescencji, w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Rekonwalescencji określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji Ubezpieczonego, albo
 - b) Świadczenie za każdy dzień Rekonwalescencji Ubezpieczonego, ale za nie więcej niż 30 kolejno następujących po sobie dni, w wysokości stawki diennej z tytułu Rekonwalescencji określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Rekonwalescencji Ubezpieczonego.
10. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Pobyt w sanatorium, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2 pkt c) wypłacimy Ubezpieczonemu jeden raz w danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Pobytu w sanatorium Ubezpieczonego w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w sanatorium aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w sanatorium określonej w Polisie, pod warunkiem że Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego jest należne.
 11. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy dodatkowej, z którego tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie, wypłacimy Ubezpieczonemu, niezależne od przyczyny tego pobytu, jedno Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę pierwszego dnia Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, określone w Polisie. Świadczenie lekowe w danym Roku ubezpieczenia może zostać wypłacone po nie więcej niż 3 Pobytach w szpitalu Ubezpieczonego, które rozpoczęły się i trwały w danym Roku ubezpieczenia.
 12. Jeżeli Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego rozpoczął się przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU i trwał nieprzerwanie w dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej a łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu ubezpieczonego,
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej,
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie za okres Pobytu w szpitalu przypadający po rozpoczęciu udzielania Ubezpieczonemu przez nas ochrony ubezpieczeniowej, w wysokości stawki diennej aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.
 13. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PSU.
 14. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSU ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - d) kopię zwolnienia lekarskiego wystawionego przez Szpital;
 - e) kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności wypadku wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę, protokoły BHP);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

1. Świadczenia ambulatoryjne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się

- w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego trwającego co najmniej 7 dni, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia ambulatoryjne, o których mowa w § 3 ust. 2 pkt e), zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń ambulatoryjnych obejmujących:
 - a) konsultacje lekarzy specjalistów (internista, ortopeda, chirurg, okulista, neurolog, diabetolog, kardiolog, onkolog, pulmonolog, ginekolog);
 - b) badania laboratoryjne (badania hematologiczne, koagulologia, glukoza, lipidogram, sód, potas, mocznik, kreatynina, białko, badanie ogólne moczu, badania wątroby – transaminazy, bilirubina) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych zaleceń medycznych;
 - c) zabiegi diagnostyczne (RTG, rezonans magnetyczny, tomografia, USG, w tym ECHO serca, EKG, spirometria) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych zaleceń medycznych.
 3. W celu skorzystania ze Świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w ust. 2 powyżej należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym.
 4. W związku z jednym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w § 3 ust. 1, Ubezpieczony może skorzystać łącznie z maksymalnie 15 Świadczeń ambulatoryjnych, z zastrzeżeniem że każda z konsultacji lekarskich, o których mowa w ust. 2 pkt a), oraz każdy z zabiegów diagnostycznych, o których mowa w ust. 2 pkt c) liczy się jako jedno Świadczenie ambulatoryjne. Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 2 pkt b), w ramach jednego skierowania liczone są jako jedno Świadczenie ambulatoryjne niezależnie od liczby i rodzaju tych badań.
 5. Konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne i zabiegi diagnostyczne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
 6. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 1 Dnia roboczego od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku badań laboratoryjnych;
 - b) do 2 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - c) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzami pozostałych specjalności wskazanych w § 7 ust. 2 pkt a) oraz w przypadku zabiegów diagnostycznych: RTG, USG, w tym ECHO serca, EKG, spirometria;
 - d) do 10 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej,chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
 7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń ambulatoryjnych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 8. Koszty Świadczeń ambulatoryjnych realizowanej zgodnie z Warunkami PSU, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 oraz ust. 4–5 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami REHMED**”), stanowią rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”) oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (zwanych dalej „**Warunkami PSU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami REHMED stosuje się postanowienia OWU, Warunków PSU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach REHMED określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU oraz w Warunkach PSU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED wprowadza się następujące definicje:
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego i Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia

pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Placówka rehabilitacyjna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Placówką rehabilitacyjną nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakiegokolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- Rehabilitacja medyczna** – integralna część leczenia szpitalnego, następująca po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego, mająca na celu zmniejszenie fizycznych lub psychicznych następstw Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana w Placówce rehabilitacyjnej lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca, licząc od daty zakończenia przez Ubezpieczonego Pobytu w szpitalu, z którego tytułu Ubezpieczony nabył prawo do Świadczenia. Za Rehabilitację medyczną uznaje się zlecenie przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej zabiegów rehabilitacyjnych Ubezpieczonego zgodnie z ustalonym programem zabiegów rehabilitacyjnych, których przeprowadzenie zostało potwierdzone końcową oceną stanu usprawnienia wydaną przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej;

- d) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED jest Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie obejmowania Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED nie zostanie wypłacone, w przypadku gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, z którym związana jest Rehabilitacja medyczna, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych.
2. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED nie zostanie wypłacone, jeżeli:
 - a) skierowanie na Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego postanowiono przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED;

- b) przeprowadzenie Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego wymagało działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień rozpoczęcia Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED może zostać wypłacone maksymalnie za 3 Rehabilitacje medyczne Ubezpieczonego przeprowadzone po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego, z którego tytułu Świadczenie jest należne.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami REHMED.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHMED ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego poprzedzającego rehabilitację, dokumentu potwierdzającego udzielenie pierwszej pomocy po wypadku – jeśli Rehabilitacja medyczna Ubezpieczonego była skutkiem doznanego urazu itp.);
 - c) kopię wydanego przez lekarza skierowania na Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego poprzedzającego Rehabilitację medyczną Ubezpieczonego, którego następstwem była Rehabilitacja;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 oraz ust. 4–5 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI MEDYCZNEJ PO POBYCIE W SZPITALU UBEZPIECZONEGO SPOWODOWANYM NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Rehabilitacji medycznej po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami REHNW**”), stanowią rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”) oraz na podstawie Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego (zwanych dalej „**Warunkami PSU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami REHNW stosuje się postanowienia OWU, Warunków PSU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach REHNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU oraz w Warunkach PSU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW wprowadza się następujące definicje:
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego i Rehabilitacji medycznej Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia

pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Placówka rehabilitacyjna** – działający zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest prowadzenie zabiegów rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, w szczególności do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, wyposażonych w odpowiednią infrastrukturę, oraz zatrudniający wykwalifikowanych rehabilitantów i przynajmniej jednego lekarza. Placówką rehabilitacyjną nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku** – integralna część leczenia poszpitalnego, następująca po Pobytku w szpitalu Ubezpieczonego spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem, mająca na celu zmniejszenie fizycznych lub psychicznych następstw Nieszczęśliwego wypadku oraz przywrócenie Ubezpieczonego do pełnej lub maksymalnej sprawności fizycznej lub psychicznej, przeprowadzana w Placówce rehabilitacyjnej lub na oddziale rehabilitacyjnym Szpitala, o ile rozpoczęła się nie później niż przed końcem 3. miesiąca, licząc od daty zakończenia przez Ubezpieczonego Pobytu w szpitalu, z którego tytułu Ubezpieczony nabył prawo do Świadczenia. Za Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku uznaje się zlecone przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej zabiegi rehabilitacyjne Ubezpieczonego zgodnie z ustalonym programem zabiegów rehabilitacyjnych, których przeprowadzenie zostało potwierdzone końcową oceną stanu usprawnienia wydaną przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej.

- d) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW jest Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, która rozpoczęła się i trwała w okresie obejmowania Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW nie zostanie wypłacone, gdy Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, z którym związana jest Rehabilitacja medyczna nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych.
2. Ponadto Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW nie zostanie wypłacone, jeżeli skierowanie na Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zostało wystawione lub gdy o Rehabilitacji medycznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego postanowiono przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień rozpoczęcia Rehabilitacji medycznej na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW może zostać wypłacone maksymalnie za 3 Rehabilitacje medyczne na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego przeprowadzone po Pobycie w szpitalu Ubezpieczonego, z którego tytułu Świadczenie jest należne.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami REHNW.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków REHNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentacji medycznej obrazującej diagnozę i dotychczasowy przebieg leczenia (np. karty leczenia szpitalnego poprzedzającego rehabilitację, dokumentu potwierdzającego udzielenie pierwszej pomocy po wypadku);
 - c) kopię wydanego przez lekarza skierowania na Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego poprzedzającego Rehabilitację medyczną na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, którego następstwem była Rehabilitacja medyczna na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–3 oraz ust. 5–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 4 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE I OPIEKUŃCZE NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU UBEZPIECZONEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami ŚMNWU”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMNWU stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMNWU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWU wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba przewlekła**:
 - stan chorobowy, zdiagnozowany u Ubezpieczonego przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, lub
 - choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy przed objęciem Ubezpieczonego

ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;

- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie będące jedyną przyczyną realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych Ubezpieczonego, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWU jest Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, który nastąpił w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWU. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH I OPIEKUŃCZYCH NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU UBEZPIECZONEGO

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych i opiekuńczych związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego, obejmujących:

Świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego	Limit ilościowy na 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe
a) Tomografia komputerowa – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	25 świadczeń wskazanych w pkt a) - p)
b) Rezonans magnetyczny – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
c) Ultrasonografia – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
d) Badania laboratoryjne – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
e) Zabiegi ambulatoryjne (w tym pozostałe badania radiologiczne) – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
f) Dostarczanie leków lub sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
g) Zakup sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
h) Konsultacje z psychologiem.	
i) Konsultacje z trenerem fitness – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
j) Konsultacje z fizyoterapeutą – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
k) Wizyty lekarza specjalisty (ortopedy, chirurga, neurochirurga) lub fizjoterapeuty – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
l) Transport medyczny do placówki medycznej.	
ł) Transport medyczny z placówki medycznej.	
m) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu.	
n) Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową (maraton, triathlon, wyścig etc.).	40 zabiegów
o) Zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
p) Zakwaterowanie rodzica na wypadek pobytu w szpitalu dziecka.	do 5 dni
q) Organizacja oraz pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
r) Pomoc pielęgniarki po pobycie w szpitalu – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	do 5 dni
s) Pomoc domowa (gdy nie ma możliwości skorzystania z pomocy osób wspólnie zamieszkujących).	do 5 dni (po 4 godziny)
t) Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi.	do 5 dni

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWU nie zostanie zrealizowane, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego nastąpi w wyniku:
 - umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa;
 - popęnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu lub usiłowania popęnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia, usiłowania samobójstwa;
 - działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - wad wrodzonych;
 - zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - Chorób przewlekłych;
 - nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - katastrof naturalnych;
 - użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Ubezpieczonego w operacjach sił zbrojnych;
 - przeprowadzenia rehabilitacji medycznej wymagającej działania w trybie nagłym, w szczególności wchodzącej w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
- Zakres ochrony nie obejmuje kosztów:
 - świadczeń medycznych i opiekuńczych, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - leczenia urazów i chorób powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, działania materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia medyczne i opiekuńcze są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - d) datę Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 - e) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
3. W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia, tj. dokumentacji potwierdzającej przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczącej innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W przypadku zorganizowania przez Ubezpieczonego usługi we własnym zakresie, Centrum Operacyjne zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie.
5. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku wizyt lekarskich, konsultacji z psychologiem po pobycie w szpitalu, konsultacji z trenerem fitness, konsultacji z fizykoterapeutą, fizjoterapeutą;
 - b) do 1 Dnia roboczego od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku pozostałych świadczeń medycznych i opiekuńczych,
 chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
6. Jeśli połączenie z lekarzem nie jest możliwe, jest utrudnione lub trwa zbyt długo, a stan zdrowia lub samopoczucie Ubezpieczonego pogarsza się, Ubezpieczony powinien niezwłocznie zasięgnąć pomocy w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. W przypadku gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia lub samopoczucia, Ubezpieczony powinien niezwłocznie skontaktować się z numerem alarmowym 112 w celu wezwania pogotowia ratunkowego lub udać się do najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. W przypadku nieuznania naszej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego świadczenia Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych liczonych od otrzymania dokumentów medycznych poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Koszty świadczeń medycznych i opiekuńczych, realizowanych zgodnie z Warunkami ŚMNWU, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia E-wizyty u psychologa w przypadku diagnozy Depresji lub Schizofrenii rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–4 oraz ust. 6–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA E-WIZYT U PSYCHOLOGA W PRZYPADKU DIAGNOZY DEPRESJI LUB SCHIZOFRENII

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia E-wizyty u psychologa w przypadku diagnozy Depresji lub Schizofrenii, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzą w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „Warunkami KPDS”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami KPDS stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach KPDS określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków KPDS wprowadza się następujące definicje:
 - Depresja** – zaburzenie psychiczne zdiagnozowane przez lekarza psychiatrę wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Klasyfikacji ICD;
 - E-wizyty** – świadczenia medyczne udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów porozumiewania się na odległość przez Partnera Medycznego. E-wizyty mogą odbywać się w formie chatu, telekonferencji lub wideokonferencji;
 - Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych w tym E-wizyt;
 - Platforma** – aplikacja dostępna za pośrednictwem sieci Internet lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne, stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca

organizację świadczeń medycznych w tym E-wizyt przez Partnera Medycznego;

- Schizofrenia** – zaburzenie psychiczne zdiagnozowane przez lekarza psychiatrę wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Klasyfikacji ICD;
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Partnera Medycznego.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków KPDS jest zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Depresji lub Schizofrenii potwierdzone w zaświadczeniu lekarskim lub w innej dokumentacji medycznej w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków KPDS. E-wizyty u psychologa w przypadku diagnozy Depresji lub Schizofrenii realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. E-WIZYT U PSYCHOLOGA

- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty 12 E-wizyt u psychologa w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Każda z E-wizyt obejmuje indywidualną 60-minutową sesję terapeutyczną.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń medycznych oraz E-wizyt wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. E-wizyty u psychologa są realizowane za pośrednictwem Partnera Medycznego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania z E-wizyt u psychologa, należy:
 - a) skontaktować się z Partnerem Medycznym za pośrednictwem infolinii oraz podać następujące dane:
 - i. imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - ii. numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - iii. adres e-mail lub numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - iv. rodzaj konsultacji, z których Ubezpieczony chce skorzystać.
 - b) zalogować się poprzez link przesłany na adres e-mail lub numer telefonu do utworzonego na Platformie przez Partnera Medycznego, na podstawie danych o których mowa w pkt a) powyżej, indywidualnego konta Ubezpieczonego;
 - c) zaakceptować regulamin i politykę prywatności Partnera Medycznego dostępne na Platformie przed terminem umówionych świadczeń medycznych. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie zaloguje się do indywidualnego konta o którym mowa w pkt b) powyżej przed terminem umówionych świadczeń medycznych, zostanie telefonicznie poproszony o akceptację regulaminu i polityki prywatności.
3. W przypadku pierwszej E-wizyty, psycholog zostanie wybrany losowo przez system informatyczny Partnera Medycznego – świadczenie zostanie zrealizowane po zaakceptowaniu danego psychologa przez Ubezpieczonego. Kolejne E-wizyty w miarę dostępności będą realizowane przez tego samego psychologa który przeprowadził pierwszą E-wizytę.
4. Ubezpieczony powinien ujawnić psychologowi wszelkie informacje i okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla udzielania świadczenia medycznego, w tym E-wizyty oraz udostępnić kopie niezbędnej dokumentacji medycznej i wyników badań. Nieprzekazanie informacji lub nieudostępnienie dokumentacji medycznej może skutkować niemożnością udzielania świadczenia medycznego. Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za niezgodne z prawdą lub zatajone informacje, jeżeli miały lub mogły mieć wpływ na wykonanie świadczenia medycznego.
5. Z E-wizyt Ubezpieczony może skorzystać w ciągu 6 miesięcy od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego.
6. W ciągu 24 godzin po zakończonej E-wizycie Ubezpieczony może zadawać psychologowi z którym była przeprowadzona konsultacja pytania uzupełniające poprzez chat.
7. Czas oczekiwania na E-wizytę u psychologa wynosi do 3 Dni roboczych od zgłoszenia do Partnera Medycznego, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
8. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z Warunkami KPDS, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia E-wizyty medyczne rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA E-WIZYTY MEDYCZNE

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia E-wizyty medyczne, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami TM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami TM stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach TM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TM wprowadza się następujące definicje:
 - E-wizyty** – świadczenia medyczne udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów porozumiewania się na odległość przez Partnera Medycznego. E-wizyty mogą odbywać się w formie chatu, telekonferencji lub wideokonferencji;
 - Partner Medyczny** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych w tym E-wizyt;
 - Platforma** – aplikacja dostępna za pośrednictwem sieci Internet lub w formie aplikacji na urządzenia mobilne,

stanowiąca część systemu teleinformatycznego, umożliwiająca organizację świadczeń medycznych w tym E-wizyt przez Partnera Medycznego;

- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Partnera Medycznego.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TM jest wystąpienie u Ubezpieczonego objawów choroby lub podjęcie przez Ubezpieczonego działań profilaktycznych, które mają zapobiec rozwinięciu się takiej choroby w przyszłości, które nastąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków TM. E-wizyty medyczne realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. E-WIZYTY MEDYCZNE

1. W przypadku zajęcia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych w postaci E-wizyt u lekarzy o następujących specjalizacjach:
 - a) internista;
 - b) alergolog;
 - c) chirurg ogólny;
 - d) chirurg naczyniowy;
 - e) dermatolog;
 - f) diabetolog;
 - g) endokrynolog;
 - h) ginekolog;
 - i) kardiolog;
 - j) lekarz medycyny sportowej;
 - k) neurolog;
 - l) okulista;
 - m) onkolog;
 - n) ortopeda;
 - o) otolaryngolog;
 - p) pulmonolog;
 - q) traumatolog;
 - r) urolog;
 - s) wenerolog.
2. E-wizyty obejmują:
 - a) przeprowadzenie wywiadu;
 - b) rozpoznanie dolegliwości;
 - c) wydanie zaleceń lekarskich, w tym skierowanie na badania diagnostyczne;
 - d) wydanie zaleceń dotyczących leków;
 - e) wystawienie recepty.
3. W celu umówienia E-wizyty za pośrednictwem Platformy należy:
 - a) założyć indywidualne konto Ubezpieczonego na Platformie Partnera Medycznego oraz podać następujące dane:
 - i. imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - ii. numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - iii. kod Vouchera (numer PESEL lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL);
 - iv. adres e-mail lub numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym.
 - b) ustawić indywidualne hasło;
 - c) zaakceptować regulamin i politykę prywatności Partnera Medycznego dostępne na Platformie;
 - d) po aktywowaniu przez Partnera Medycznego indywidualnego konta Ubezpieczonego - wybrać E-wizytę spośród wymienionych w § 5 ust. 1, z których Ubezpieczony chce skorzystać oraz jej formę jak i godzinę jej przeprowadzenia.
4. Lekarz z którym zostanie przeprowadzona E-wizyta zostanie wybrany losowo przez system informatyczny Partnera Medycznego – świadczenie zostanie zrealizowane po zaakceptowaniu danego lekarza przez Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony powinien ujawnić lekarzowi wszelkie informacje i okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla udzielania świadczeń medycznych, w tym E-wizyt oraz udostępnić kopie niezbędnej dokumentacji medycznej i wyników badań. Nieprzekazanie informacji lub nieudostępnienie dokumentacji medycznej może skutkować niemożnością udzielania świadczenia medycznego. Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za niezgodne z prawdą lub zatajone informacje, jeżeli miały lub mogły mieć wpływ na wykonanie świadczenia medycznego.
6. Ubezpieczony może skorzystać z nielimitowanych E-wizyt, o których mowa w § 5 ust. 1 powyżej bez konieczności otrzymania skierowania od lekarza.
7. W ciągu 24 godzin po zakończonej E-wizycie Ubezpieczony może zadawać lekarzowi z którym była przeprowadzona konsultacja pytania uzupełniające poprzez chat.
8. Jeśli połączenie z lekarzem nie jest możliwe, jest utrudnione lub trwa zbyt długo, a stan zdrowia lub samopoczucie Ubezpieczonego pogarsza się, Ubezpieczony powinien niezwłocznie zasięgnąć pomocy w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. W przypadku gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia lub samopoczucia, Ubezpieczony powinien niezwłocznie skontaktować się z numerem alarmowym 112 w celu wezwania pogotowia ratunkowego lub udać się do najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
9. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 4 godzin od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyt u lekarza internisty;
 - b) do 3 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Partnera Medycznego w przypadku E-wizyt u lekarzy innych specjalności wymienionych w § 5 ust. 1, chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
10. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z Warunkami TM, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie E-wizyt wynikające ze strajków, z niepokoju społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. E-wizyty medyczne są realizowane za pośrednictwem Partnera Medycznego, którego adres Platformy oraz numer infolinii znajdują się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu umówienia E-wizyty za pośrednictwem infolinii należy:
 - a) skontaktować się z Partnerem Medycznym za pośrednictwem infolinii oraz podać następujące dane:
 - i. imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - ii. numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - iii. adres e-mail lub numer telefonu pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - iv. rodzaj badań lub konsultacji, z których Ubezpieczony chce skorzystać.
 - b) zalogować się poprzez link przesłany na adres e-mail lub numer telefonu do utworzonego na Platformie przez Partnera Medycznego, na podstawie danych o których mowa w pkt a) powyżej, indywidualnego konta Ubezpieczonego;
 - c) zaakceptować regulamin i politykę prywatności Partnera Medycznego dostępne na Platformie przed terminem umówionych świadczeń medycznych o których mowa w § 5 ust. 1. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie zaloguje się do indywidualnego konta o którym mowa w pkt b) powyżej przed terminem umówionych świadczeń medycznych, zostanie

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami ŚMP”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP wprowadza się następującą definicję:
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP jest śmierć Małżonka albo Partnera, która nastąpiła w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP, z zastrzeżeniem że w okresie 6 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej

Umowy dodatkowej (Karencja). Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w wyniku:
 - działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub zamieszkach;
 - popęnienia przez Małżonka albo Partnera niezależnie od stanu jego poczytalności samobójstwa w okresie 2 lat od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Małżonka albo Partnera, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem § 4.
- Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚMP.
- Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMP ustalimy w oparciu o:
 - prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - odpis skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami ŚMPNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMPNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMPNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW wprowadza się następującą definicję:
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle).

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW jest śmierć Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku Małżonka albo Partnera;
 - śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - Nieszczęśliwy wypadek Małżonka albo Partnera i śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w wyniku:

- a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub zamieszkach;
- b) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚMPNW.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera na skutek Wypadku komunikacyjnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami ŚMPWK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMPWK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMPWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK wprowadza się następujące definicje:
 - Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony i przeznaczony do:
 - poruszania się po drodze w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym z wyłączeniem quadów, rowerów, wózków rowerowych, hulajnog elektrycznych, urządzeń transportu osobistego;
 - przewozu osób lub rzeczy poruszający się po szynach;
 - poruszania się po śródlądowych drogach wodnych w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludce śródlądowej, a także do żegludki morskiej w rozumieniu przepisów Kodeksu morskiego;

iv. poruszania się w ruchu powietrznym, będący samolotem pasażerskim koncesjonowanych linii lotniczych;

- Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące jedyną przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera i niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Małżonek albo Partner nie poruszał się Pojazdem komunikacyjnym, ale został przez niego uderzony.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK jest śmierć Małżonka albo Partnera na skutek Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku komunikacyjnego Małżonka albo Partnera;
 - śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Wypadku komunikacyjnego;
 - Wypadek komunikacyjny Małżonka albo Partnera i śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych Warunków ŚMPWK.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Małżonka albo Partnera na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) prowadzenia przez Małżonka albo Partnera Pojazdu komunikacyjnego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, wodnego lub powietrznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - c) popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) pozostawania przez Małżonka albo Partnera w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Małżonka albo Partnera na skutek Wypadku komunikacyjnego, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚMPWK.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPWK ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA NA SKUTEK ZAWAŁU MIĘŚNIA SERCOWEGO LUB UDARU MÓZGU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami ŚMPZU**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMPZU stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMPZU określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Śmierć na skutek udaru mózgu** – śmierć w następstwie udaru mózgu, który w karcie zgonu, w protokole badania sekcijnego lub innej dokumentacji medycznej został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Małżonka albo Partnera i którego wystąpienie poparte jest dokumentacją medyczną;
 - b) **Śmierć na skutek zawału mięśnia sercowego** – śmierć w następstwie zawału mięśnia sercowego, który w karcie zgonu, w protokole badania sekcijnego lub innej dokumentacji medycznej został wskazany jako pierwotna przyczyna śmierci Małżonka albo Partnera i którego wystąpienie poparte jest dokumentacją medyczną.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU jest śmierć Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Śmierci na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierci na skutek udaru mózgu był odpowiednio zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu;
 - b) zarówno zawał mięśnia sercowego lub udar mózgu, jak i śmierć Małżonka albo Partnera nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć Małżonka albo Partnera na skutek udaru mózgu nastąpiła bezpośrednio w wyniku działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub zamieszkach.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć

Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub Śmierć Małżonka albo Partnera na skutek udaru mózgu nastąpiła bezpośrednio w wyniku odpowiednio zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu pozostającego w związku przyczynowo skutkowym z chorobami, które zostały zdiagnozowane u Małżonka albo Partnera lub z powodu których postępowanie diagnostyczne lub lecznicze u Małżonka albo Partnera trwało lub zostało rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.

3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.
4. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach niniejszej Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował śmierć małżonka albo partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu;
 - b) ochrona ubezpieczeniowa udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 powyżej nie mają zastosowania.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Małżonka albo Partnera na skutek zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚMPZU.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMPZU ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci (np. protokół badania sekcyjnego, kartę wyjazdową pogotowia ratunkowego);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i ust. 9–14 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 i ust. 15 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami UMPNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UMPNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach UMPNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW wprowadza się następujące definicje:
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia

Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także Złamanie. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW;
- Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UMPNW;
- Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, niepowodujące trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie

Warunków UMPNW jest Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera był Nieszczęśliwy wypadek;
- Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
- Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera, nastąpił w wyniku:
 - działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - próby popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Norm NW procentu dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
- Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.
- Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego u Małżonka albo Partnera w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu.
- W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Uszczerbku na zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

- W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
- W przypadku Uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru) wywołującego skutek nałożenia się Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Małżonka albo Partnera zmiany zwyrodnieniowe rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych.
- Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego wcześniej na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.
- W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera.
- W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
- Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UMPNW.
- Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW ustalimy w oparciu o:
 - prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - kopię dokumentu tożsamości Małżonka albo Partnera;
 - dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia i rehabilitacji;
 - kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku Małżonka albo Partnera wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - pisemne oświadczenie Małżonka albo Partnera o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas na wniosek lekarza upoważnionego przez nas informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka lub Partnera – w tym dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
- W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW, jak również jego wysokości możemy skierować Małżonka albo Partnera na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 13 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności wskazanych w ust. 12 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 13 powyżej.
- Jeżeli Małżonek albo Partner odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 13, powyżej możemy uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNW.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i 9–13 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 oraz ust. 14 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z PROGRESYWNĄ WYPŁATĄ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzą w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami UMPNNWP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UMPNNWP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UMPNNWP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNNWP wprowadza się następujące definicje:

- a) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwinnego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- b) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW;
- c) **Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UMPNNWP;
- d) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, niepowodujące trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP jest Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od jego stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP obliczone w oparciu o określony w Tabeli Norm NW procent dla danego Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera i Sumę ubezpieczenia aktualną na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku Małżonka albo Partnera, określoną w Polisie zgodnie z poniższym wzorem.

Jeżeli w wyniku jednego Nieszczęśliwego wypadku Małżonek albo Partner dozna Uszczerbku wynoszącego łącznie:

 - a) od 0,5% do 20% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - b) od 20,5% do 50% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 2% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - c) od 50,5% do 80% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 3% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - d) od 80,5% do 100% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 4% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera powstałego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu.

5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Uszczerbku na zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na istniejące wcześniej u Małżonka albo Partnera zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu.
8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP.
9. W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
10. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UMPNWP.
11. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Małżonka albo Partnera;
 - d) kopię aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa (w przypadku Uszczerbku na zdrowiu Małżonka);
 - e) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, z leczenia i rehabilitacji;
 - f) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku Małżonka albo Partnera wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - g) pisemne oświadczenie Małżonka albo Partnera o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas na wniosek lekarza upoważnionego przez nas informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka albo Partnera – w tym dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
12. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP, jak również jego wysokości możemy skierować Małżonka albo Partnera na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 12 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności wskazanych w ust. 11 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 12 powyżej.
14. Jeżeli Małżonek albo Partner odmówi poddania się badaniom o których mowa w ust. 12 powyżej, możemy uchylić się od wypłaty Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UMPNWP.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka albo Partnera rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 6 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 8 ust. 1–3, ust. 5 i ust. 8–12 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 9 ust. 1–8 w związku z § 2, § 3 i § 4.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 7 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 8 ust. 4, ust. 6–7 oraz ust. 13 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 9 ust. 9 w związku z § 2, § 3 i § 4.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Małżonka albo Partnera, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami PCHMP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PCHMP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach PCHMP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki PCHMP definiują je w inny sposób.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba zakaźna** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 4;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną Poważnej choroby Małżonka albo Partnera, niemające

źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczeń medycznych przez Centrum Operacyjne;
- Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3;
- Świadczenia medyczne** – świadczenie obejmujące badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie w przypadku udokumentowanego podejrzenia którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej;
- Świadczenie lekowe** – dodatkowe świadczenie należne Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia u Małżonka albo Partnera Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Małżonka albo Partnera którejkolwiek z chorób lub przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 8 niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 3. POWAŻNE CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

Za Poważną chorobę Małżonka albo Partnera objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby, które zostały

zdiagnozowane u Małżonka albo Partnera, oraz wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Małżonka albo Partnera w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie opon mózgowych**, które oznacza ostry stan zapalny opon mózgowych spowodowany zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznanie Bakteryjnego zapalenia opon mózgowych powinno być potwierdzone ogólnym badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatnim wynikiem posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego.
2. Wyłącznie takie **Bakteryjne zapalenie wsierdza**, które oznacza pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) z własnymi zastawkami serca wymagające hospitalizacji. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, z wszczepionym stymulatorem lub kardiowerterem, po operacji serca.
3. Wyłącznie taki **Bąblowiec mózgu**, który oznacza zmianę w obrębie mózgu składającą się z pojedynczych lub mnogich larw tasiemca z rodzaju *Echinococcus*. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia rozpoznania badaniem parazytologicznym lub histopatologicznym zmiany mózgu usuniętej w trakcie zabiegu chirurgicznego.
4. Wyłącznie taką **Całkowitą utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą utratę wzroku (w następstwie choroby lub Niezależnego wypadku) dotyczącą obojga oczu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia całkowitej, trwałej, obuocznej utraty wzroku przez lekarza specjalistę chorób oczu i pod warunkiem że Utrata wzroku utrzymywała się u Małżonka albo Partnera nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
5. Wyłącznie taką **Chorobę Creutzfeldta-Jakoba**, która oznacza klinicznie rozpoznaną przez specjalistę neurologa neurodegeneracyjną chorobę ośrodkowego układu nerwowego prowadzącą do zwyrodnienia gąbczastego skutkującego szybko rozwijającym się otępieniem, potwierdzonym w testach psychologicznych, oraz zaburzeniami w zakresie ruchu powodującymi niezdolność do samodzielnej egzystencji opisanej w skali Barthel poniżej 80 pkt.
6. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelita wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie u Małżonka albo Partnera do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
7. Wyłącznie taką **Chorobę Huntingтона (płasawicę Huntingтона)**, która oznacza genetycznie uwarunkowane, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne mózgu. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, w przypadku gdy diagnoza została Małżonkowi albo Partnerowi postawiona przez specjalistę w dziedzinie neurologii na podstawie objawów klinicznych (w tym występowania mimowolnych, niekontrolowanych ruchów płasawiczych i otępienia) oraz typowego wyniku badań obrazowych mózgu: tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego (TK lub MRI).
8. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje następujące jednostki: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba neuronu ruchowego spowoduje deficyt neurologiczny skutkujący trwałą i nieodwracalną niezdolnością Małżonka albo Partnera do:
 - a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
9. Wyłącznie taką **Chorobę Parkinsona**, która oznacza powolnie postępującą zwyrodnieniową chorobę centralnego układu nerwowego, będącą następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Rozpoznanie Choroby Parkinsona musi być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza neurologa na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym, które

powodują utratę możliwości wykonywania minimum trzech z niżej wskazanych sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”):

- a) samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- b) samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- c) samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- e) samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- f) samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się chorobę Parkinsona spowodowaną stosowaniem leków lub substancji toksycznych.

10. Wyłącznie takie **Ciężkie oparzenie**, które oznacza oparzenie trzeciego stopnia spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub elektrycznych, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, mierzone zgodnie z „regułą dziewiątek” mapy powierzchni ciała.
11. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza grupę chorób uwarunkowanych genetycznie, charakteryzujących się zmianami zwyrodnieniowymi w mięśniach poprzecznie prążkowanych, przebiegających bez zajęcia układu nerwowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku rozpoznania u Małżonka albo Partnera dystrofii mięśni z deficytem neurologicznym skutkującym trwałą i nieodwracalną niezdolnością Małżonka albo Partnera do samodzielnego poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji.
12. Wyłącznie taki **Łagodny guz rdzenia kręgowego**, który oznacza niezłośliwy histologicznie guz rdzenia kręgowego lub opon kręgowych, wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący u Małżonka albo Partnera trwałą ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone jednoznacznie w badaniach obrazowych lub badaniu histopatologicznym. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwaków, malformacji naczyń, guzów zewnątrzoponowych, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, wypadnięcia krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, dyskopatii, urazów kręgosłupa.
13. Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwałą ubytek neurologiczny. Rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwaki, a także guzy rdzenia kręgowego. W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
14. Wyłącznie taki **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie**, który oznacza stan chorobowy wymagający chirurgicznego usunięcia świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej i/lub z prawej lub lewej tętnicy płucnej poprzez ich nacięcie wykonane w trybie pilnym z powodu tegoż zatoru.
15. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego powodującą rozwój niedokrwistości, neutropenii i trombocytopenii

- (małopłytkowości). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli u Małżonka albo Partnera zostaną stwierdzone co najmniej dwa z wymienionych poniżej trzech warunków:
- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³,
 - bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³,
 - liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
16. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki. W odniesieniu do Niewydolności nerek za dzień zdiagnozowania uważa się dzień rozpoczęcia stosowania dializ lub dzień przeprowadzenia operacji przeszczepu nerki.
17. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego u Małżonka albo Partnera zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
- guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazje szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.
- W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania.
18. Wyłącznie takie **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu**, które oznacza chorobę przenoszoną przez kleszcze, potwierdzoną badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, przebiegającą z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji. Rozpoznanie Odkleszczowego wirusowego zapalenia mózgu powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby według Klasyfikacji ICD i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
19. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych**, która oznacza przeprowadzoną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wymagającą otwarcia klatki piersiowej, z wyłączeniem zabiegów w postaci: angioplastyki przezskórnej, cewnikowania naczyń, zabiegów z wykorzystaniem techniki laserowej.
20. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej brzusznej**, która oznacza przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku brzuszny. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
- operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania jamy brzusznej.
21. Wyłącznie taką **Operację wszczepienia protezy aortalnej piersiowej**, która oznacza przebieg przez Małżonka albo Partnera operacji wszczepienia protezy naczyniowej w miejscu zmienionej chorobowo aorty w odcinku piersiowym. Konieczność przeprowadzenia operacji musi potwierdzić lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się:
- operacje aorty uszkodzonej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - operacje w obrębie odgałęzień tętnicy głównej;
 - zabiegi polegające na wszczepieniu protezy aortalnej bez otwierania klatki piersiowej.
22. Wyłącznie taką **Operację zastawek serca**, która oznacza operację chirurgiczną przeprowadzoną na otwartym sercu w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się u Małżonka albo Partnera po objęciu Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP.
23. Wyłącznie takie **Pierwotne nadciśnienie płucne powodujące inwalidztwo**, które oznacza patologiczne podwyższenie ciśnienia w tętnicy płucnej w wyniku zmian strukturalnych lub czynnościowych płuc bądź zaburzeń krążenia płucnego prowadzących do powiększenia prawej komory serca. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli choroba spowoduje u Małżonka albo Partnera trwałe i nieodwracalne upośledzenie funkcji organizmu w stopniu równoważnym co najmniej klasie IV według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA) oraz zostanie udokumentowane utrzymywanie się u Małżonka albo Partnera wartości ciśnienia w tętnicy płucnej powyżej 30 mm Hg przez co najmniej 6 miesięcy.
24. Wyłącznie takie **Piorunujące zapalenie wątroby**, które oznacza submasywną lub masywną martwicę komórek wątrobowych (hepatocytów) w wyniku zakażenia wirusem zapalenia wątroby, prowadzącą nieuchronnie do niewydolności wątroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli rozpoznanie choroby opiera się na stwierdzeniu u Małżonka albo Partnera wszystkich wymienionych niżej objawów:
- szybkie zmniejszanie się wątroby,
 - martwica obejmująca całe zraziki z pozostawieniem jedynie zapadniętej siatki podścieliska,
 - szybkie pogorszenie się wyników testów czynnościowych wątroby (wzrost aktywności enzymów wskaźnikowych uszkodzenia hepatocytów), a wyniki badań Małżonka albo Partnera wykazują następujące cechy:
 - wyniki testów czynnościowych wątroby wskazują na masywne uszkodzenie mięszu wątroby oraz
 - objektywne oznaki encefalopatii wrotno-systemowej.
25. Wyłącznie takie **Porażenie (paraliż)**, które oznacza całkowitą (0° lub 1° według skali Lovetta) i trwałą utratę władzy przynajmniej w dwóch kończynach w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Kończyna oznacza całe ramię (kończynę górną) lub całą nogę (kończynę dolną). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli diagnoza u Małżonka albo Partnera zostanie potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji.
26. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku spowodowany siłą zewnętrzną i który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Małżonka albo Partnera do:
- poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
 - samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji Małżonka albo Partnera.
27. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego charakteryzujące się łącznie:
- dusznością spoczynkową potwierdzoną w dokumentacji medycznej;
 - koniecznością stosowania przewlekłej tlenoterapii domowej przez minimum 8 godzin na dobę przez nieprzerwany okres co najmniej 3 miesięcy.
- Kwalifikacja do tlenoterapii domowej powinna być potwierdzona zaświadczeniem od lekarza specjalisty chorób płuc, chorób wewnętrznych lub anestezjologii i intensywnej terapii.

28. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność wątroby**, która oznacza schyłkową niewydolność wątroby u Małżonka albo Partnera z nasilającą się żółtaczką, która w opinii lekarza nie może ulec poprawie i jest przyczyną wodobrzusza lub encefalopatii. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się poalkoholową marskość lub poalkoholową niewydolność wątroby.
29. Wyłącznie taki **Ropień mózgu**, który oznacza ogniskowy proces zapalny mózgu charakteryzujący się powstaniem dobrze odgraniczzonego zbiornika ropnej treści. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest rozpoznanie postawione u Małżonka albo Partnera na podstawie obrazu klinicznego i charakterystycznego wyniku badania tomografii komputerowej (TK) mózgu z kontrastem (hipodensyjny naciek zapalny ulegający wzmocnieniu po podaniu kontrastu, dobrze wysycona środkiem cieniującym torebka ropnia oraz zewnętrznie położona hipodensyjna strefa obrzęku mózgu). Podstawą nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia może być też chirurgiczne usunięcie z mózgu zmiany opisanej następnie w badaniu histopatologicznym jako Ropień mózgu.
30. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie Sepsy musi zostać potwierdzone u Małżonka albo Partnera w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
31. Wyłącznie takie **Stwardnienie rozsiane**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym, potwierdzone przez istnienie u Małżonka albo Partnera co najmniej dwóch z trzech niżej wskazanych nieodwracalnych ubytków neurologicznych:
- a) niedowładu kończyn,
 - b) zaburzeń chodu potwierdzonych badaniem neurologicznym,
 - c) konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim.
- Stwardnienie rozsiane musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania. Ostateczne rozpoznanie Stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).
- W odniesieniu do Stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
32. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności przebiegający u Małżonka albo Partnera łącznie z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne czy wewnętrzne, trwający nieprzerwanie przez przynajmniej 96 godzin i wymagający zastosowania systemu wspomagającego funkcje życiowe. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia trwałych ubytków neurologicznych u Małżonka albo Partnera utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stany będące efektem stosowanych leków, np. śpiączkę farmakologiczną.
33. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
34. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebiecie przez Małżonka albo Partnera w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
35. Wyłącznie taką **Twardzinę**, która oznacza postępującą twardzinę układową, chorobę tkanki łącznej, potwierdzoną jednoznacznie przez biopsję i badania serologiczne, przebiegającą z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. Choroba musi przebiegać z zajęciem przynajmniej jednego z organów: nerek, płuc lub serca. Diagnoza musi być postawiona przez lekarza reumatologa lub dermatologa. Zakres nie obejmuje: różnych postaci twardziny skórnej (np. liniowej, grudkowej, plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi, zespołu CREST, zespołów twardzinopodobnych w przebiegu różnych chorób metabolicznych, keloidu.
36. Wyłącznie taki **Udar mózgu**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy i trwałe następstwa neurologiczne, wywołany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumiانymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu u Małżonka albo Partnera powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.
- Za objawy i trwałe następstwa neurologiczne uznaje się:
- a) porażenia i niedowłady kończyn;
 - b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
 - c) padaczkę poudarową;
 - d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
 - e) zaburzenia mowy;
 - f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).
- Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Trwałość któregośkolwiek z powyższych następstw lub objawów neurologicznych musi zostać potwierdzona nie wcześniej niż 6 tygodni od daty zdiagnozowania choroby.
- W odniesieniu do Udaru mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.
- Za Udar mózgu nie uznaje się:
- a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (RIND);
 - c) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
 - d) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
 - e) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
 - f) skutków choroby dekompresyjnej;
 - g) patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzeń błędnika.
37. Wyłącznie taką **Utratę kończyn**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej dwóch kończyn lub utratę co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji Małżonka albo Partnera.
38. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieodwracalną utratę możliwości mówienia trwającą przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie Utraty mowy musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych albo przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii w oparciu o występowanie afazji, która jest skutkiem choroby lub urazu. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się utratę mowy spowodowaną schorzeniami psychicznymi.
39. Wyłącznie taką **Utratę możliwości niezależnej egzystencji**, która oznacza stan spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w którym Małżonek albo Partner przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolny do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
- a) samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - b) samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - c) samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - d) poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;

- e) samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- f) samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

40. Wyłącznie taką **Utratę słuchu (głuchotę)**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę zdolności odbierania bodźców akustycznych w zakresie obojga uszu w następstwie choroby lub Niestety wypadku. Pojęcie całkowitej Utraty słuchu oznacza próg słyszalności powyżej 90 dB (decybeli). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w opinii lekarza specjalisty w dziedzinie laryngologii Małżonka albo Partner może całkowicie lub częściowo odzyskać słuch dzięki zastosowaniu urządzenia medycznego (np. aparatu słuchowego) lub wszczęciu implantu (próg słyszalności zostanie przesunięty do poziomu ≤ 90 dB).
41. Wyłącznie takie **Wirusowe zapalenie wątroby typu B**, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) włókienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7kPa;
 - b) obecność HBV DNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
 - c) obecność antygenu HBs;
 - d) podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy.
42. Wyłącznie takie **Wirusowe zapalenie wątroby typu C**, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) włókienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7kPa;
 - b) obecność HCV RNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
 - c) podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy;
 - d) kliniczne objawy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczkę, wodobrzusza, żyłaków przełyku.
43. Wyłącznie takie **Wrzodzące zapalenie jelita grubego**, które oznacza postać choroby wrzodzącego zapalenia jelita grubego o przebiegu ostrym, piorunującym, z zagrażającym życiu zaburzeniami gospodarki elektrolitowej i z powikłaniami w postaci rozstrzeni okrężnicy z ryzykiem pęknięcia ściany jelita. W tej postaci zmiany chorobowe obejmują całą okrężnicę, towarzyszą im ciężka krwawa biegunka i objawy ogólnoustrojowe, a leczenie często jest operacyjne i polega na usunięciu okrężnicy i jelita krętego w całości (kolektomia i ileostomia totalna). Rozpoznanie Wrzodzącego zapalenia jelita grubego u Małżonka albo Partnera musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego, a leczenie powinno obejmować kolektomię i ileostomię.
44. Wyłącznie taki **Zaawansowany stan cielepny (w tym chorobę Alzheimera)**, który oznacza rozpoznanie u Małżonka albo Partnera choroby Alzheimera lub trwałego otępienia funkcji umysłu innego rodzaju. Choroba Alzheimera to postępująca choroba degeneracyjna mózgu cechująca się obecnością rozsianych zmian zanikowych w korze mózgu z charakterystycznym obrazem histopatologicznym. Trwałe otępienie funkcji umysłu innego rodzaju (demencja) jest to zespół organicznych zaburzeń umysłowych charakteryzujących się ogólnym osłabieniem sprawności intelektualnej, z uwzględnieniem upośledzenia pamięci, osądu i myślenia abstrakcyjnego, a także z towarzyszącymi zmianami osobowości. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną spełnione u Małżonka albo Partnera wszystkie wymienione niżej warunki:
 - a) trwałe i nieodwracalne uszkodzenie funkcji mózgu;
 - b) istotne osłabienie funkcji poznawczych wskutek choroby Alzheimera lub otępienia innego rodzaju potwierdzone na podstawie znormalizowanych testów diagnostycznych;
 - c) konieczność sprawowania stałego nadzoru nad Małżonkiem albo Partnerem, aby zapobiec samouszkodzeniu lub zagrożeniu zranieniem innych osób.

Wymienione powyżej dysfunkcje muszą pozostawać w związku przyczynowo-skutkowym z chorobą Alzheimera lub z trwałym otępieniem funkcji umysłu innego rodzaju.

45. Wyłącznie taką **Zakażoną martwicę trzustki**, która oznacza martwicę trzustki (martwicze zapalenie trzustki), czyli agresywną postać ostrego zapalenia trzustki, w której przebiegu dochodzi do martwicy całości lub części trzustki oraz zakażenia bakteryjnego zmian martwiczych. Warunkiem nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia jest potwierdzenie u Małżonka albo Partnera martwicy trzustki na podstawie wyniku tomografii komputerowej (TK) oraz potwierdzenie zakażenia w oparciu o dodatni wynik badania bakteriologicznego materiału pobranego w trakcie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC) trzustki.
46. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV nabyte wskutek narażenia zawodowego**, które oznacza zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) nabyte w wyniku:
 - a) kontaktu z krwią lub innymi płynami ustrojowymi w ramach wykonywania przez Małżonka albo Partnera zwykłych obowiązków zawodowych;
 - b) zranienia podczas wykonywania przez Małżonka albo Partnera zwykłych obowiązków zawodowych.
 Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli zostały spełnione następujące warunki:
 - a) do zakażenia doszło podczas wykonywania przez Małżonka albo Partnera obowiązków służbowych w ramach jednego z zawodów wymienionych poniżej i po dacie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP;
 - b) w okresie 6 miesięcy po zdarzeniu doszło do serokonwersji HIV;
 - c) Małżonek albo Partner przedstawi ujemny wynik testu na obecność zakażenia HIV (obecność wirusa lub przeciwciał skierowanych przeciwko HIV) wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu;
 - d) w organizmie Małżonka albo Partnera wykazano obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu.

Wykaz zawodów

Lekarze i stomatolodzy	Pielęgniarki (pielęgniarze)
Pracownicy laboratoriów	Szpitalny personel pomocniczy
Asystenci medyczni i stomatologiczni	Ratownicy medyczni i inni członkowie załóg pogotowia ratunkowego lub zespołów ratowniczych
Położne	Strażacy
Policjanci	Strażnicy więzienni

W przypadku gdy istnieją odpowiednie regulaminy pracy odnoszące się do wypadków w pracy, wypadek musi zostać zgłoszony zgodnie z przyjętym regulaminem pracy lub innymi przepisami obowiązującymi w danym zawodzie i uznanymi przez pracodawcę.

47. Wyłącznie takie **Zakażenie HIV w wyniku transfuzji krwi**, które oznacza zakażenie Małżonka albo Partnera ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV):
 - a) w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w trakcie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, pod warunkiem że sąd wydał prawomocny wyrok wskazujący na istnienie odpowiedzialności instytucji, w której przeprowadzono transfuzję, lub przedstawiono dokumentację medyczną, zgodną ze standardami medycznymi obowiązującymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, oraz
 - b) osoba zakażona HIV nie choruje na hemofilię.
 Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zakażenia nabyte w jakikolwiek inny sposób, w tym drogą płciową lub w następstwie stosowania narkotyków podawanych dożylnie. Zastrzegamy sobie prawo dostępu do próbek krwi Małżonka albo Partnera oraz możliwość przeprowadzenia niezależnych testów tych próbek.
48. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu lub mózdzku) powodujące u Małżonka albo Partnera przez co najmniej 6 tygodni istotne powikłania, do których zalicza się trwały deficyt

neurologiczny (ubytki neurologiczne). Trwały deficyt neurologiczny obejmuje opóźnienie rozwoju umysłowego, niestabilność emocjonalną, utratę wzroku, utratę słuchu, zaburzenia mowy, porażenie połowiczne lub porażenie całkowite (paraliż). Ubytki neurologiczne muszą być przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności Małżonka albo Partnera do:

- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
49. Wyłącznie taki **Zawał serca**, który oznacza powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia u Małżonka albo Partnera podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
- a) typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - b) świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - c) stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.
50. Wyłącznie taki **Zespół krótkiego jelita**, który obejmuje nieodwracalny stan po wycięciu lub wyłączeniu fizjologicznej czynności (z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku) części lub całości jelita cienkiego, prowadzący do tak znacznego upośledzenia wchłaniania, że odżywianie naturalne nie pozwala na utrzymanie chorego przy życiu i konieczne jest stosowanie żywienia pozajelitowego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku potwierdzenia u Małżonka albo Partnera rozpoznania choroby i nieodwracalności stanu chorobowego przez lekarza specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o wywiad medyczny (potwierdzenie chorobowej lub urazowej przyczyny, występowanie przewlekłych biegunk), badanie przedmiotowe (cechy wyniszczenia i odwodnienia), badania dodatkowe (krwi i moczu).
51. Wyłącznie taką **Zgorzel gazową**, która oznacza ciężkie zakażenie przyranne (spowodowane przez bakterie z rodzaju *Clostridium perfringens*, *Clostridium novyi*, *Clostridium septicum*, *Clostridium heamoliticum* lub *Clostridium sordelli*) przebiegające z wytwarzaniem gazu w tkankach, a także z obrzękiem, martwicą tkanek i ogólnymi objawami toksemii.
52. Wyłącznie taką **Ziarniniakowatość Wegenera**, która oznacza układową chorobę autoimmunologiczną powodującą martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzującą się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów: schyłkowej niewydolności nerek leczonej dializoterapią, schyłkowej niewydolności oddechowej leczonej przewlekłą tlenoterapią, utraty wzroku, utraty słuchu. Choroba musi być rozpoznana w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.
53. Wyłącznie taką **Małoinwazyjną operację zastawek serca**, która oznacza przebiecie operacji bez zastosowania krążenia pozaustrojowego (z pominięciem pełnej sternotomii) oraz z dostępu śródnaczyniowego w celu całkowitej wymiany jednej lub więcej zastawek serca uszkodzonych w wyniku wad, które ujawniły się u Małżonka albo Partnera po dniu, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP.
54. Wyłącznie taką **Operację na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej**, która oznacza dokonaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii operację wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekty zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej, wykonaną bez otwarcia klatki piersiowej, tj. z pominięciem pełnej sternotomii.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się zabiegi wewnątrznaczyniowe.
55. Wyłącznie taki **Toczeń rumieniowaty**, który oznacza chorobę autoimmunologiczną z zajęciem nerek potwierdzoną w badaniu

histopatologicznym w stopniu powyżej III klasy kłębkowego zapalenia nerek w klasyfikacji WHO.

56. Wyłącznie taki **Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych**, który oznacza nagły incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 48 godzin, spowodowany wyłącznie przyczynami naczyniowymi rozumianymi jako zamknięcie światła lub przerwanie ciągłości ściany naczynia mózgowego. Rozpoznanie udaru mózgu powinno być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za następstwa i objawy neurologiczne uznaje się:

- a) porażenia i niedowłady kończyn;
- b) zespoły pozapiramidowe i mózdkowe;
- c) padaczkę poudarową;
- d) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych;
- e) zaburzenia mowy;
- f) encefalopatię (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu).

Rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia nie jest wymagane utrzymywanie się u Małżonka albo Partnera powyższych objawów przez 6 tygodni od dnia zdiagnozowania choroby.

W odniesieniu do Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych za dzień zdiagnozowania uznaje się dzień incydentu naczyniowo-mózgowego potwierdzonego przez specjalistę neurologa.

Za Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych nie uznaje się:

- a) przemijających ataków niedokrwienia mózgu (TIA);
- b) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe);
- c) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu);
- d) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- e) skutków choroby dekompresyjnej.

57. Wyłącznie takie **Wczesne stadium stwardnienia rozsianego**, które oznacza proces zapalny w obrębie centralnego układu nerwowego, któremu towarzyszą ogniska demielinizacji rozsiane w centralnym układzie nerwowym.

Wczesne stadium stwardnienia rozsianego musi zostać udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub tomografia komputerowa (TK).

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się choroby układu nerwowego spowodowane innymi przyczynami (np. choroby naczyń mózgowych, infekcje bakteryjne lub wirusowe).

Do nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia z tytułu Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego nie jest wymagane istnienie u Małżonka albo Partnera trwałych i nieodwracalnych ubytków neurologicznych.

W odniesieniu do Wczesnego stadium stwardnienia rozsianego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii.

58. Wyłącznie taką **Angioplastykę naczyń wieńcowych**, która oznacza leczenie choroby wieńcowej polegające na likwidacji zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych za pomocą zabiegu polegającego na przeszkońnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów wprowadzonych do naczynia.

§ 4. INNE CHOROBY ZAKAŻNE MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

Za Chorobę zakaźną Małżonka albo Partnera objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby zakaźne, które zostały zdiagnozowane u Małżonka albo Partnera w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP z zakresem ubezpieczenia rozszerzonym o Choroby zakaźne Małżonka albo Partnera i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taką **Boreliozę**, objawiającą się rumieniem wędrującym, oraz która przebiega ze zmianami narządowymi w postaci: zapalenia stawów lub zapalenia mięśnia sercowego, lub neuroboreliozy, lub przewlekłego zanikowego zapalenia skóry kończyn, potwierdzoną obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM w teście Elisa i Western Blot.
2. Wyłącznie taką **Cholere**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka) oraz potwierdzeniu obecności wirusa w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.
3. Wyłącznie taki **Dur brzuszny**, który oznacza ostrą układową chorobę zakaźną wywołaną przez pałeczkę duru brzuszego (*Salmonella typhi*). Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
 - a) bóle głowy,
 - b) względna bradykardia,
 - c) kaszel,
 - d) biegunka, zaparcie, ból brzucha.
 Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
4. Wyłącznie taką **Gorączkę denga**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną wirusem dengi przebiegającą z wysoką gorączką u osoby, u której według opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych: bóle głowy, ból pozagałkowy, bóle mięśni, bóle stawów, wysypka, objawy krwotoczne, leukopenia. Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa dengi z surowicy,
 - b) potwierdzenie materiału genetycznego w badaniu PCR,
 - c) potwierdzenie swoistych przeciwciał w klasie IgM.
5. Wyłącznie taką **Gruźlicę**, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez prątki kwasoodporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* rozpoznaną przez lekarza pulmonologa na podstawie objawów klinicznych, badań mikrobiologicznych (badania genetyczne, posiew, rozmaz lub hodowla na podłożu stałym), badań obrazowych (RTG lub CT klatki piersiowej), testów IGRA, wymagającą wdrożenia leczenia przeciwpłatkowego. Wyłączeniu podlega gruźlica u osób z infekcją HIV, nadużywających alkoholu, leczonych lekami immunosupresyjnymi.
6. Wyłącznie taką **Maliarię**, która oznacza chorobę pasożytniczą wywołaną przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
 - a) wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi włośniczkowej,
 - b) wykryto antygen zarodźca malarii w testach immunochromatograficznych.
7. Wyłącznie taką **Schistosomatozę**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagającą leczenia szpitalnego, przebiegającą z gorączką, bólami brzucha, hepatosplenomegalią lub z zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych;
8. Wyłącznie taką **Wściekliznę**, która oznacza wymagającą hospitalizacji ostrą chorobę zakaźną klinicznie przebiegającą w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznaną w oparciu o charakterystyczne objawy oraz wykrycie wirusa wścieklizny (*Rabies virus*) w próbkach materiału pobranego ze skóry, śliny, z płynu mózgowo-rdzeniowego bądź wykrycie swoistych przeciwciał w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
9. Wyłącznie taką **Żółtą gorączkę**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - c) wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki, wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

§ 5. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP jest wystąpienie u Małżonka albo Partnera Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Małżonka albo Partnera którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 lub przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP. Zażycie Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o:
 - a) Choroby zakaźne Małżonka albo Partnera, o których mowa w § 4 powyżej, które zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego w okresie obejmowania ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) Świadczenie lekowe w przypadku wystąpienia którejkolwiek z Poważnych chorób, o których mowa w § 3 powyżej, oraz
 - c) Świadczenia medyczne w przypadku podejrzenia wystąpienia którejkolwiek z Poważnych chorób lub konieczności przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 powyżej, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 6. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy od tej daty nasza odpowiedzialność ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku Małżonka albo Partnera, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 5 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP nasza odpowiedzialność z tytułu Poważnej choroby Małżonka albo Partnera niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 7. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna choroba Małżonka albo Partnera lub Choroba zakaźna Małżonka albo Partnera powstała w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 46 oraz ust. 47.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby Małżonka albo Partnera lub Choroby zakaźnej Małżonka albo Partnera, z której powodu postępowanie

- diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało u Małżonka albo Partnera rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą lub Chorobą zakaźną została u Małżonka albo Partnera zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało u Małżonka albo Partnera rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
 4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
 5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne choroby małżonka albo partnera;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego,
 postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
 6. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń medycznych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń medycznych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.
- ## § 8. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ
1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 ODU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
 2. Z zastrzeżeniem postanowień § 6 oraz ust. 4 poniżej w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP w wysokości ustalonej zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku Poważnej choroby Małżonka albo Partnera zdefiniowanej w § 3 ust. 1–52 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - b) w przypadku Poważnej choroby Małżonka albo Partnera zdefiniowanej w § 3 ust. 53–57 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 25% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej choroby określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego;
 - c) w przypadku Poważnej choroby Małżonka albo Partnera zdefiniowanej w § 3 ust. 58 Umowy dodatkowej wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Angioplastyki naczyń wieńcowych określonej w Polisie, aktualnej na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
 3. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Choroby zakaźne Małżonka albo Partnera zdefiniowane w § 4 ust. 1–9 Umowy dodatkowej, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 2 pkt a) wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby zakaźnej określonej w Polisie, aktualnej na dzień zdiagnozowania Choroby zakaźnej.
 4. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych chorób Małżonka albo Partnera należących do tej samej grupy, wskazanej w pkt a) – d) poniżej, nie może być wyższa niż 100% Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP aktualnej odpowiednio na dzień zdiagnozowania Poważnej choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego:
 - a) Udar mózgu oraz Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych;
 - b) Stwardnienie rozsiane oraz Wczesne stadium stwardnienia rozsianego;
 - c) Operacja zastawek serca oraz Małoinwazyjna operacja zastawek serca;
 - d) Operacja na naczyniach wieńcowych oraz Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej.
 5. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2, ust. 3 i ust. 4 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 6 i ust. 7 poniżej.
 6. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP zostaną wyłączone:
 - a) Poważna choroba, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, oraz te Poważne choroby, które z tą Poważną chorobą pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem pkt c) poniżej,
 - b) Poważne choroby należące do tej samej grupy Zdarzeń ubezpieczeniowych, wskazanej w ust. 4 pkt a) – d) powyżej, jeżeli kwota wypłaconych Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Poważnych chorób należących do tej grupy osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP,
 - c) wyłącznie ten Nowotwór złośliwy (jednostka chorobowa), z którego tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym (jednostką chorobową) w związku przyczynowo-skutkowym (w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego),
 - d) Choroba zakaźna, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP.
 7. W przypadku gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe, które spełnia definicję więcej niż jednej Poważnej choroby Małżonka albo Partnera wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej Choroby, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Poważnej choroby Małżonka albo Partnera, z zastrzeżeniem że w przypadku, gdy z tytułu poszczególnych Poważnych chorób Małżonka albo Partnera należne byłoby Świadczenia o różnej wysokości, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu tej Poważnej choroby Małżonka albo Partnera, dla której należne jest Świadczenie najwyższe.
 8. W przypadku zdiagnozowania u Małżonka albo Partnera choroby lub przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera zabiegu operacyjnego, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, z których tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt b), wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę zdiagnozowania choroby lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, określonej w Polisie.
 9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PCHMP.
 10. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego i Małżonka albo Partnera;
 - c) kopię aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa (w przypadku Poważnej choroby Małżonka);

- d) kopię dokumentacji medycznej Małżonka albo Partnera (np. historii choroby, opisów wyników badań, dokumentacji medycznej);
 - e) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
11. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP, jak również wysokości tego Świadczenia możemy skierować Małżonka albo Partnera na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
 12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności wskazanych w ust. 10 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 11 powyżej.
 13. Jeżeli Małżonek albo Partner odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 11 powyżej, możemy uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHMP.

§ 9. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Świadczenia medyczne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku udokumentowanego podejrzenia u Małżonka albo Partnera jednej z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia medyczne, zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń medycznych, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt c) obejmujących:
 - a) konsultacje lekarzy specjalistów (internista, ortopeda, chirurg, okulista, neurolog, diabetolog, onkolog, kardiolog, pulmonolog, ginekolog);
 - b) badania diagnostyczne (USG, EKG, RTG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie.
3. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 2 pkt a) – b) powyżej, należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony, Małżonek albo Partner powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) imię, nazwisko i numer PESEL Małżonka albo Partnera;
 - d) stopień pokrewieństwa;
 - e) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym lub Małżonkiem albo Partnerem.
4. W związku z udokumentowanym podejrzeniem u Małżonka albo Partnera którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, Małżonek albo Partner może skorzystać z maksymalnie 7 konsultacji lekarskich, wskazanych w ust. 2 pkt a) powyżej oraz z badań diagnostycznych, wskazanych w ust. 2 pkt b) powyżej do kwoty w łącznej wysokości wynoszącej 3000 zł za wszystkie badania diagnostyczne.
5. Warunkiem skorzystania ze Świadczeń medycznych jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum Operacyjnego, wskazanej przez Centrum Operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej jednej z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera jednego z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej.
6. W oparciu o przekazane dokumenty medyczne lekarz Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego lub Małżonka

albo Partnera o tym, czy zaistniałe zdarzenie i przedstawiona dokumentacja medyczna uprawniają do udzielenia Świadczenia medycznego, o które wnioskuje Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner.

7. Konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
8. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 2 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - b) do 5 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku konsultacji lekarskich pozostałych specjalności wskazanych w § 9 ust. 2 pkt a) powyżej oraz w przypadku badań diagnostycznych USG, EKG, RTG;
 - c) do 10 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, chyba że Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner wskaże późniejszy termin.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
10. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z Warunkami PCHMP, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i 5–6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami LSPMP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSPMP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach LSPMP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, chyba że Warunki LSPMP definiują je w inny sposób.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP wprowadza się następujące definicje:
 - Leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Małżonka albo Partnera, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu;
 - Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej, Leczenia przeciwwirusowego;
 - podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - doszło do Wszczepienia kardiowertera/defibrylatora/rozrusznika serca;
 - wykonano Ablację;

- wykonano pierwszą dializę w przypadku zastosowanej po raz pierwszy Dializoterapii;
- przeprowadzono zabieg operacyjny w przypadku zastosowania Leczenia metodą Gamma Knife i Cyber-Knife, Wertenbroplastyki, Wszczepienia implantu ślimakowego.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

- Ablacja** – zabieg kardiologiczny mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru tkanki serca, który odpowiada za powstawanie zaburzeń rytmu serca;
- Chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC;
- Dializoterapia** – metoda leczenia ostrej i krótkowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
- Leczenie metodą Gamma Knife i Cyber-Knife** – leczenie w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyniowych;
- Leczenie przeciwwirusowe** – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C, mające na celu zahamowanie replikacji wirusa HBV lub eliminację wirusa HCV;
- Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
- Terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia stwardnienia rozsianego albo przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C;
- Wertenbroplastyka** – zabieg stosowany w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej;

9. **Wszczepienie implantu ślimakowego** – zabieg przeprowadzony celem leczenia całkowitej obustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu;
10. **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
11. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP jest Leczenie specjalistyczne Małżonka albo Partnera, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP. Dniem rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP nasza odpowiedzialność z tytułu Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek w związku z którymi nastąpiło Leczenie specjalistyczne były spowodowane:
 - a) działaniami wojennymi, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próbą popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - c) poddaniem się przez Małżonka albo Partnera eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne Małżonka albo Partnera zostało wystawione lub gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera postanowiono w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP nie zostanie wypłacone, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego została u Małżonka albo Partnera zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało u Małżonka

albo Partnera rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.

4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres ubezpieczenia Ubezpieczonego obejmował procedury leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera;
 - b) ochrona udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP będzie zredukowany o tę procedurę przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te procedury Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli kolejna procedura Leczenia specjalistycznego Małżonka albo Partnera, która została zastosowana u Małżonka albo Partnera, związana jest z leczeniem tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, w związku z którymi Ubezpieczony otrzymał już Świadczenie i przeprowadzono u Małżonka albo Partnera jedną z procedur, o których mowa w § 3 powyżej.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami LSPMP.
6. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPMP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopia odpisu aktualnego aktu małżeństwa (w przypadku Leczenia specjalistycznego Małżonka);
 - d) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka albo Partnera rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–6 oraz ust. 8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 7 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka albo Partnera, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami OCHMP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OCHMP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach OCHMP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP wprowadza się następujące definicje:
 - Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Małżonka albo Partnera, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony u Małżonka albo Partnera w związku z Chorobą lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
- Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie lekowe należne Ubezpieczonemu w przypadku przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera jednej z Operacji chirurgicznych wskazanych Tabeli Operacji chirurgicznych, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 6 niniejszej Umowy dodatkowej;
- Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaj Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków OCHMP.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP.
- Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Świadczenie lekowe, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie

naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP nasza odpowiedzialność z tytułu Operacji chirurgicznej Małżonka albo Partnera niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP nie zostanie wypłacone, jeżeli Operacja chirurgiczna Małżonka albo Partnera została przeprowadzona w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków Małżonka albo Partnera, które zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - g) pełnienia przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Małżonka albo Partnera w operacjach sił zbrojnych.

przeprowadzonych na narządach parzystych z powodu tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku.

4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Małżonek albo Partner zostanie poddany więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, wypłacimy Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
6. W przypadku przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji chirurgicznej, z której tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie w wysokości co najmniej 40% Sumy ubezpieczenia, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, o którym mowa w § 3 ust. 2, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę przeprowadzenia Operacji chirurgicznej, określonej w Polisie.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami OCHMP.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHMP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię dokumentu tożsamości Małżonka albo Partnera;
 - d) odpis aktualnego aktu małżeństwa (w przypadku Operacji chirurgicznej Małżonka);
 - e) kopię dokumentów medycznych Małżonka albo Partnera;
 - f) kopię dokumentacji opisującej okoliczności wypadku wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - g) pisemne oświadczenie Małżonka albo Partnera o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas, na wniosek lekarza upoważnionego przez nas, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka albo Partnera – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej Małżonka albo Partnera w wysokości, ustalonej na podstawie wskazanego w Tabeli Operacji Chirurgicznych, procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na dzień przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji chirurgicznej, z zastrzeżeniem § 4.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych u Małżonka albo Partnera w ciągu 1 roku, liczonego od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. z tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy Operacji chirurgicznych Małżonka albo Partnera

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–5 oraz ust. 8–12 w związku z § 2; § 7 ust. 1–6, oraz ust. 8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–7 w związku z § 2; § 7 ust. 7 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami PSMP**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PSMP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach PSMP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - Choroba nowotworowa** – rozumiana jako:
 - wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem

i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli obecność Nowotworu złośliwego u Małżonka albo Partnera zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których

stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma) wymagającego zabiegu operacyjnego;
- wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub o granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony i przeznaczony do:
 - poruszania się po drodze w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym z wyłączeniem quadów, rowerów, wózków rowerowych, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego;
 - przewozu osób lub rzeczy poruszający się po szynach;
 - poruszania się po śródlądowych drogach wodnych w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej, a także do żeglugi morskiej w rozumieniu przepisów Kodeksu morskiego;
 - poruszania się w ruchu powietrznym, będący samolotem pasażerskim koncesjonowanych linii lotniczych;
- Pobyt na OIOM** – pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej, na oddziale intensywnej terapii lub na wydzielonej sali intensywnego nadzoru, prowadzonych przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniających przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonych w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczonych do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia;
- Pobyt w szpitalu** – udokumentowany stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu Małżonka albo Partnera służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia. Za dzień Pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia do Szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala. Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobyków w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawałe serca), pobyków na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobyków na oddziałach dziennych;
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub

powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;

- Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- Świadczenia ambulatoryjne** – dodatkowe Świadczenie obejmujące konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne oraz zabiegi diagnostyczne, udzielane w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w przypadku Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni;
- Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie lekowe należne Ubezpieczonemu wypłacane w przypadku Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 9 niniejszej Umowy dodatkowej;
- Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego. Rozpoznanie Udar mózgu musi być potwierdzone wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET). Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się objawy mózgowe związane z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedślonkowego. W odniesieniu do Udar mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii;
- Wypadek komunikacyjny** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Małżonka albo Partnera. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Małżonek albo Partner nie poruszał się Pojazdem komunikacyjnym, ale został przez niego uderzony;
- Zawał serca** – powstanie martwicy części mięśnia sercowego w następstwie jego niedokrwienia. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia w przypadku stwierdzenia podwyższonego (powyżej górnej granicy zakresu normy) poziomu biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego oraz wystąpienia u Małżonka albo Partnera co najmniej dwóch z niżej wymienionych objawów:
 - typowych klinicznych objawów niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej);
 - świeżych zmian w EKG sugerujących zawał serca;
 - stwierdzonych w badaniach obrazowych (np. echo serca) nowych, odcinkowych zaburzeń kurczliwości serca.

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stwierdzoną stabilną lub niestabilną chorobę wieńcową bez cech dokonanego zawału serca. W odniesieniu do Zawału serca za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP jest Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej. Ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te Pobyty w szpitalu, które nastąpiły z przyczyn wskazanych w Polisie.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o:
 - a) Pobyty na OIOM Małżonka albo Partnera, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) Świadczenie lekowe,
 - c) Świadczenia ambulatoryjne na rzecz Małżonka albo Partnera, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP, z zastrzeżeniem że w okresie 1 miesiąca, licząc od tej daty, ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP nasza odpowiedzialność z tytułu Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera lub Pobyty na OIOM Małżonka albo Partnera powstały na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Małżonka albo Partnera w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Małżonka albo Partnera samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) Wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Małżonka albo Partnera będącego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego;
 - e) Chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) pełnienia przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Małżonka albo Partnera w operacjach sił zbrojnych;
 - g) wykonania u Małżonka albo Partnera operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP;

- h) wykonania u Małżonka albo Partnera okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza),
 - j) leczenia Chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń ambulatoryjnych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń ambulatoryjnych wynikające ze strajków, z niepokoju społecznych, aktów terrorizmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu w danym Roku ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP za każdy rozpoczęty dzień Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej „stawką dzienną”) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, z zastrzeżeniem § 4 oraz ust. 3 i ust. 7 poniżej.
3. Jeżeli Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera spowodowany był Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu, lub Chorobą nowotworową) wypłacimy Świadczenie, pod warunkiem że Pobyty w szpitalu trwał dłużej niż 1 dzień (1 zmiana daty).
4. Wysokość stawki dziennej za dzień Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, w zależności od przyczyny Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, określona jest w Polisie.
5. W przypadku gdy Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym, Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP, a także w przypadku gdy Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera był spowodowany Chorobą nowotworową, która została zdiagnozowana przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP, za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki dziennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera spowodowanego Chorobą.
6. Jeżeli Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem (lub Wypadkiem komunikacyjnym) i Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu, lub Chorobą nowotworową), wysokość Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP obliczona zostanie w oparciu o stawkę dzienną właściwą dla Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Polisie jest najwyższa.
7. W przypadku, gdy Pobyty w szpitalu Małżonka albo Partnera spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Klasyfikacji ICD, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera w każdym Roku ubezpieczenia.
8. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Pobyty na OIOM Małżonka albo Partnera, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt a) wypłacimy Ubezpieczonemu, w zależności od formy wypłaty Świadczenia wskazanej w Polisie:

- a) Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni Pobytu na OIOM, w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera, albo
 - b) Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera, ale za nie więcej niż 5 kolejno następujących po sobie dni, w wysokości stawki dziennej z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera.
- Powyższe Świadczenie jest wypłacane dodatkowo i niezależnie od innych Świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP.
9. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, w przypadku Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy dodatkowej, z którego tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie, wypłacimy Ubezpieczonemu, niezależnie od przyczyny tego pobytu, jedno Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę pierwszego dnia Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera, określone w Polisie. Świadczenie lekowe w danym Roku ubezpieczenia może zostać wypłacone po nie więcej niż trzech Pobytach w szpitalu Małżonka albo Partnera, które rozpoczęły się i trwały w danym Roku ubezpieczenia.
 10. Jeżeli Pobyt w szpitalu Małżonka albo Partnera rozpoczął się przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP i trwał nieprzerwanie w dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej a łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu małżonka albo partnera,
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej,
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego,wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie za okres Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera przypadający po rozpoczęciu udzielania Ubezpieczonemu przez nas ochrony ubezpieczeniowej, w wysokości stawki dziennej aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera.
 11. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PSMP.
 12. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSMP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego i Małżonka albo Partnera;
 - c) kopię odpisu aktualnego aktu małżeństwa (w przypadku Pobytu w szpitalu Małżonka);
 - d) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - e) kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności wypadku wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) pisemne oświadczenie Małżonka albo Partnera o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas na wniosek lekarza upoważnionego przez nas informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Małżonka lub Partnera – w tym dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
1. Świadczenia ambulatoryjne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
 2. W przypadku Pobytu w szpitalu Małżonka albo Partnera trwającego co najmniej 7 dni, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia ambulatoryjne o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt c), zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń ambulatoryjnych – obejmujących:
 - a) konsultacje lekarzy specjalistów (internista, ortopeda, chirurg, okulista, neurolog, diabetolog, kardiolog, onkolog, pulmonolog, ginekolog);
 - b) badania laboratoryjne (badania hematologiczne, koagulologia, glukoza, lipidogram, sód, potas, mocznik, kreatynina, białko, badanie ogólne moczu, badania wątroby – transaminazy, bilirubina) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych zaleceń medycznych;
 - c) zabiegi diagnostyczne (RTG, rezonans magnetyczny, tomografia, USG, w tym ECHO serca, EKG, spirometria) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych zaleceń medycznych.
 3. W celu skorzystania ze Świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w ust. 2 powyżej, należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony, Małżonek albo Partner powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) imię, nazwisko oraz numer PESEL Małżonka albo Partnera;
 - d) stopień pokrewieństwa;
 - e) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym lub Małżonkiem albo Partnerem.
 4. W związku z jednym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w § 3 ust. 1 powyżej, Małżonek albo Partner może skorzystać łącznie z maksymalnie 15 Świadczeń ambulatoryjnych, z zastrzeżeniem że każda z konsultacji lekarskich, o której mowa w ust. 2 pkt a) oraz każdy z zabiegów diagnostycznych, o których mowa w ust. 2 pkt c) liczy się jako jedno Świadczenie ambulatoryjne. Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 2 pkt b), w ramach jednego skierowania liczone są jako jedno Świadczenie ambulatoryjne, niezależnie od liczby i rodzaju tych badań.
 5. Konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne i zabiegi diagnostyczne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
 6. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 1 Dnia roboczego od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku badań laboratoryjnych;
 - b) do 2 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - c) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzami pozostałych specjalności wskazanych w § 7 ust. 2 pkt a) oraz w przypadku zabiegów diagnostycznych: RTG, USG, w tym ECHO serca, EKG, spirometria;
 - d) do 10 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej,chyba że Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner wskaże późniejszy termin.
 7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń ambulatoryjnych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 8. Koszty świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych zgodnie z Warunkami PSMP, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami ŚD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;

- samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD jest śmierć Dziecka, która nastąpiła w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Dziecka nastąpi w wyniku:
 - działan wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Dziecka, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚD.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - d) kopię karty zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami ŚDNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚDNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚDNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagłe);
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie

niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:

- samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW jest śmierć Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpłodność i wyłączną przyczyną śmierci Dziecka były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka;
 - śmierć Dziecka nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - Nieszczęśliwy wypadek Dziecka i śmierć Dziecka nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpi w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚDNW.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚDNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i 9–14 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 i ust. 15 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „Warunkami UDNW”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UDNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach UDNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu

Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- d) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW;
- e) **Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UDNW;
- f) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW jest Uszczerbek na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Dziecka, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Norm NW procentu dla danego Uszczerbku na zdrowiu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego u Dziecka w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu.
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie

większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.

6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu Dziecka po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu Dziecka powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się Uszczerbku na zdrowiu na istniejące wcześniej u Dziecka zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.
9. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za 1% Uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
10. W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
11. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UDNW.
12. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię skróconego odpisu aktu urodzenia Dziecka;
 - d) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - e) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku Dziecka wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas, na wniosek lekarza upoważnionego przez nas, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia – w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat;
 - g) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
13. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW, jak również jego wysokości możemy skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
14. W przypadku, o którym mowa w ust. 13 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności wskazanych w ust. 12 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 13 powyżej.
15. Jeżeli Dziecko odmówi poddania się badaniom, o których mowa w ust. 13 powyżej, możemy uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNW.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 i 9–13 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–8 oraz ust. 14 w związku z § 2. Postanowienia Tabeli Norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu (Tabela Norm NW), rozpoczynające się od słów „Ważne”, umieszczone: – we wstępie do Tabeli Norm NW, – po pkt 82 i 112 Tabeli Norm NW.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z PROGRESYWNĄ WYPŁATĄ

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „Warunkami UDNWP”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „OWU”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UDNWP stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach UDNWP określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego,

- które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
- b) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwienego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- c) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - i. samodzielne wzięcie prysznicy lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznicy) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;

- ii. samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- iii. samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- iv. poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- v. samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- vi. samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- d) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Norm NW;
- e) **Tabela Norm NW** – Tabela norm oceny procentowej Uszczerbku na zdrowiu, która stanowi integralną część Warunków UDNWP;
- f) **Złamanie** – przerwanie ciągłości kości po zadziałaniu urazu przekraczającego granice elastyczności tkanki kostnej potwierdzone diagnozą medyczną, które nie powoduje trwałej utraty funkcji organu, narządu, układu lub kończyny.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP jest Uszczerbek na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Uszczerbku na zdrowiu Dziecka nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP nie zostanie wypłacone, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował powstanie Uszczerbku na zdrowiu Dziecka, nastąpił w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP obliczone w oparciu o określony w Tabeli Norm NW procent dla danego Uszczerbku na zdrowiu Dziecka i Sumę ubezpieczenia aktualną na datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku Dziecka, określoną w Polisie zgodnie z poniższym wzorem.
Jeżeli w wyniku jednego Nieszczęśliwego wypadku Dziecko dozna Uszczerbku wynoszącego łącznie:
 - a) od 0,5% do 20% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - b) od 20,5% do 50% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 2% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - c) od 50,5% do 80% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 3% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu,
 - d) od 80,5% do 100% – wypłacimy Świadczenie w wysokości 4% Sumy ubezpieczenia za każdy 1% Uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Norm NW po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Uszczerbku na zdrowiu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Dziecka powstałego w obrębie kilku organów, narządów, układów lub kończyn na skutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie za nie więcej niż 100% Uszczerbku na zdrowiu Dziecka
5. W przypadku uszkodzenia kończyny o charakterze wielomiejscowym wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż wysokość Świadczenia, które byłoby należne z tytułu powstania u Dziecka Uszczerbku na zdrowiu polegającego odpowiednio na utracie części lub całości kończyny.
6. W przypadku powstania Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Uszczerbku na zdrowiu Dziecka po tym wypadku, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
7. W przypadku Uszczerbku na zdrowiu Dziecka powstałego w wyniku przeciążenia (wykonania nagłego ruchu lub podniesienia ciężaru), wywołującego skutek nałożenia się Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na istniejące wcześniej u Dziecka zmiany zwyrodnieniowe, rodzaj i stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy stanu zdrowia przed urazem oraz czynnika sprawczego i mechanizmu urazu. W takim przypadku stopień Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie określony stosownie do wpływu zmian zwyrodnieniowych na stopień Uszczerbku na zdrowiu.
8. Świadczenie z tytułu Uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Uszczerbku na zdrowiu powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP.
9. W przypadku anatomicznej utraty kończyny ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
10. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UDNWP.
11. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię skróconego odpisu aktu urodzenia Dziecka;

- d) dokumentację medyczną z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - e) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku Dziecka wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas, na wniosek lekarza upoważnionego przez nas, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia – w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat;
 - g) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
12. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP, jak również jego wysokości możemy skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 12 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności wskazanych w ust. 11 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 12.
14. Jeżeli Dziecko nie podda się badaniom, o których mowa w ust. 12 powyżej, możemy uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDNWP.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 6 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 8 ust. 1–4 oraz ust. 8–11 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 9 ust. 1–8 w związku z § 2, § 3 i § 4.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 7 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 8 ust. 5–7 oraz ust. 12 w związku z § 2, § 3 i § 4; § 9 ust. 9 w związku z § 2, § 3 i § 4.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ CHOROBY DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnej choroby Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami PCHD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PCHD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach PCHD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba zakaźna** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 4;
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do

Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;

- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną Poważnej choroby Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwionego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;

- d. poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- e. samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- f. samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- f) **Poważna choroba** – każde ze zdarzeń zdefiniowanych w § 3;
- g) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;
- h) **Świadczenia medyczne** – świadczenie obejmujące badania diagnostyczne oraz konsultacje lekarskie Dziecka w przypadku udokumentowanego podejrzenia którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Dziecka któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej;
- i) **Świadczenie lekowe** – dodatkowe świadczenie należne Ubezpieczonemu w przypadku wystąpienia u Dziecka Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Dziecka którejkolwiek z chorób lub przeprowadzenia u Dziecka któregośkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 7 niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 3. POWAŻNE CHOROBY DZIECKA

Za Poważną chorobę Dziecka objętą zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD uważa się wyłącznie te choroby, które zostały zdiagnozowane u Dziecka i wyłącznie te zabiegi operacyjne, które zostały przeprowadzone u Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taką **Chorobę Crohna**, która oznacza przewlekłe, nieswoiste zapalenie jelit wykazujące skłonność do ziarninowania. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli w wyniku Choroby Crohna dojdzie u Dziecka do wytworzenia przetoki, niedrożności lub perforacji jelita, a rozpoznanie zostanie potwierdzone charakterystycznym obrazem histopatologicznym.
2. Wyłącznie taką **Chorobę Heinego-Medina (*poliomyelitis*)**, która oznacza ostre zakażenie wirusem polio. Przypadek *poliomyelitis* spełnia warunki Zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy obejmuje trwałe porażenie co najmniej dwóch kończyn, potwierdzone rozpoznaniem lekarza neurologa, oraz pogorszenie sprawności ruchowej lub oddechowej utrzymujące się przez okres co najmniej 3 miesięcy. Rozpoznanie Choroby Heinego-Medina (*poliomyelitis*) musi obejmować potwierdzoną obecność wirusa w płynie mózgowo-rdzeniowym i w surowicy.
3. Wyłącznie taką **Chorobę kardiologiczną**, która oznacza chorobę o charakterze nabytym prowadzącą do trwałego pogorszenia czynnościowego lub trwałych zmian morfologicznych w obrębie tkanek i struktur serca (zastawki, wsierdzie, mięsień sercowy lub osierdzie). Nabyta przewlekła choroba serca spełnia warunki Zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jest leczona przez okres co najmniej 6 miesięcy, została sklasyfikowana jako przewlekła niewydolność mięśnia sercowego w stopniu II lub wyższym według klasyfikacji niewydolności krążenia Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (New York Heart Association, NYHA), nieulegająca poprawie pomimo stosowania leczenia.
4. Wyłącznie taką **Chorobę neuronu ruchowego**, która oznacza postępujące zwyrodnienie dróg korowo-rdzeniowych z zanikiem komórek rogów przednich rdzenia lub uszkodzeniem nerwów opuszki. Choroba neuronu ruchowego obejmuje następujące jednostki: rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy*, SMA), postępujące porażenie opuszkowe (ang. *progressive bulbar palsy*, PBP), stwardnienie zanikowe boczne (ang. *amyotrophic lateral sclerosis*, ALS) oraz pierwotne stwardnienie boczne (ang. *primary lateral sclerosis*, PLS). Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli Choroba neuronu ruchowego spowoduje

u Dziecka wystąpienie deficytu neurologicznego skutkującego trwałą i nieodwracalną niezdolnością do:

- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków.
5. Wyłącznie taką **Cukrzycę**, która oznacza cukrzycę typu 1 (insulinozależną) wymagającą leczenia insuliną ze względu na zagrożenie życia, w której leczenie insuliną jest pod nadzorem lekarza, a rozpoznanie Cukrzycy i jej postaci zostało potwierdzone przez specjalistę diabetologa.
 6. Wyłącznie taką **Dystrofię mięśni**, która oznacza dystrofię mięśni typu Duchenne'a – postępujące zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśniowych o nieznanym podłożu. Rozpoznanie Dystrofii mięśni musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i udokumentowane wynikami badań biochemicznych, elektromiografii i biopsji mięśni.
 7. Wyłącznie taki **Łagodny guz rdzenia kręgowego**, który oznacza niezłośliwy histologicznie guz rdzenia kręgowego lub opon kręgowych, wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone jednoznacznie w badaniach obrazowych oraz badaniu histopatologicznym. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów złośliwych, torbieli, ziarniniaków, ropni, krwawiaków, malformacji naczyńiowych, guzów zewnątrzoponowych, guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, wypadnięcia krążka międzykręgowego, zmian zwyrodnieniowych, dyskopatii, urazów kręgosłupa.
 8. Wyłącznie taki **Łagodny (niezłośliwy) guz mózgu**, który oznacza obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej, z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia ubytków neurologicznych. Zakres ubezpieczenia obejmuje również guzy przysadki mózgowej i torbiele w obrębie mózgu wymagające usunięcia neurochirurgicznego, a w przypadku zaniechania takiego usunięcia powodujące trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak: tomografia komputerowa (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI) lub pozytonowa tomografia emisyjna (PET).
Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się torbiele oraz guzy przysadki mózgowej niewymagające usunięcia neurochirurgicznego, ropnie, ziarniniaki, wady rozwojowe w obrębie naczyń tętniczych lub żylnych mózgu, krwaki, a także guzy rdzenia kręgowego.
W odniesieniu do Łagodnego (niezłośliwego) guza mózgu za dzień zdiagnozowania uważa się dzień postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.
 9. Wyłącznie taką **Niedokrwistość aplastyczną**, która oznacza nieodwracalną niewydolność szpiku kostnego skutkującą niedokrwistością, neutropenią i trombocytopenią (małopłytkowością). Rozpoznanie Niedokrwistości aplastycznej musi być oparte na wynikach biopsji szpiku kostnego. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli zostaną stwierdzone u Dziecka dwa z wymienionych poniżej warunków:
 - a) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych nie większa niż 500/mm³;
 - b) bezwzględna liczba retikulocytów nie większa niż 20 000/mm³;
 - c) liczba płytek krwi nie większa niż 20 000/mm³.
 10. Wyłącznie taką **Niewydolność nerek**, która oznacza schyłkową postać niewydolności nerek, charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w którego wyniku konieczne jest stosowanie dializ lub przeszczep nerki.
 11. Wyłącznie taką **Niewydolność wątroby**, która oznacza krańcowe upośledzenie czynności wątroby w zakresie jej głównych funkcji, poprzedzone co najmniej 6-miesięcznym okresem trwania choroby będącej przyczyną niewydolności. Rozpoznanie Niewydolności wątroby wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną oraz występowaniem jednego z poniższych objawów:

- a) wodobrzusze i powiększenie śledziony;
 - b) marskość wątroby;
 - c) żylaki przełyku;
 - d) encefalopatia wątrobowa.
12. Wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeśli obecność Nowotworu złośliwego u Dziecka zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:
- a) guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
 - b) wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
 - c) mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
 - d) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
 - e) raka brodawkowego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.
- W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania.
13. Wyłącznie takie **Oparzenia**, które oznaczają oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała ocenianej według tablicy Lunda i Browdera w przypadku dzieci do 15. roku życia, a w przypadku starszych dzieci – według „reguły dziewiątek”.
14. Wyłącznie taki **Paraliż**, który oznacza trwałą i całkowitą utratę funkcji co najmniej jednej całej kończyny górnej lub dolnej w przebiegu choroby mózgu lub rdzenia kręgowego lub w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przypadek paraliżu spełnia definicję Paraliżu, gdy prowadzi do porażenia utrzymującego się bez poprawy, pomimo stosowania leczenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy. Paraliż musi zostać potwierdzony przez lekarza neurologa.
15. Wyłącznie taki **Poważny uraz głowy**, który oznacza uraz głowy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który powoduje deficyt neurologiczny będący przyczyną trwałej i nieodwracalnej niezdolności do:
- a) poruszania się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji, lub
 - b) samodzielnego spożywania przygotowanych i podanych posiłków, lub
 - c) porozumiewania się z otoczeniem przy użyciu mowy.
- Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia po zakończeniu leczenia i rehabilitacji Dziecka.
16. Wyłącznie taką **Przewlekłą niewydolność oddechową**, która oznacza schyłkowe stadium niewydolności układu oddechowego charakteryzujące się łącznie:
- a) dusznością spoczynkową potwierdzoną w dokumentacji medycznej;
 - b) koniecznością stosowania przewlekłej tlenoterapii domowej przez minimum 8 godzin na dobę przez nieprzerwany okres co najmniej 3 miesięcy.
- Kwalifikacja do tlenoterapii domowej powinna być potwierdzona zaświadczeniem od lekarza specjalisty chorób płuc, chorób wewnętrznych lub anestezjologii i intensywnej terapii.
17. Wyłączenie takie **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B**, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy wirusowe zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej spełniające łącznie następujące kryteria:
- a) włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym F2 lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7kPa,
 - b) obecność HBV DNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy,
 - c) obecność antygenu HBs,
 - d) podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy.
18. Wyłączenie takie **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C**, które oznacza przewlekłe, trwające ponad 6 miesięcy zapalenie wątroby zdiagnozowane w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, spełniające łącznie następujące kryteria:
- a) włóknienie wątroby potwierdzone w biopsji w stopniu równym F2 lub wyższym niż F2 w skali METAVIR lub elastografii powyżej 7kPa,
 - b) obecność HCV RNA w surowicy krwi w ilości ponad 2000 kopii wirusa w mililitrze krwi stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy,
 - c) podwyższony ponad górną granicę normy poziom ALAT i AspAT stale lub okresowo przez okres 6 miesięcy,
 - d) kliniczne objawy niewydolności wątroby w postaci co najmniej jednego z następujących objawów: żółtaczkę, wodobrzusza, żylaków przełyku.
19. Wyłącznie taką **Sepsę**, która oznacza uogólnioną reakcję zapalną powstającą w przebiegu zakażenia bakteryjnego, z obecnością drobnoustrojów we krwi krążącej i z niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zalicza się: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Rozpoznanie Sepsy musi zostać potwierdzone w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.
20. Wyłącznie taką **Śpiączkę**, która oznacza stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne (oceniany w skali śpiączki Glasgow na mniej niż 9 punktów) i koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respiratora). Stan ten powinien trwać co najmniej 96 godzin oraz pozostawiać trwałe ubytki neurologiczne przez co najmniej 6 miesięcy, a jego rozpoznanie wymaga potwierdzenia dokumentacją medyczną, zawierającą między innymi końcową ocenę stanu neurologicznego.
21. Wyłącznie taki **Tężec**, który oznacza zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i którą wywołała neurotoksyna produkowana przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*).
22. Wyłącznie taką **Transplantację głównych narządów**, która oznacza przebycie przez Dziecko w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego.
23. Wyłącznie taką **Utratę kończyny**, która oznacza całkowitą i trwałą utratę funkcji przynajmniej jednej kończyny lub utratę co najmniej jednej kończyny powyżej nadgarstka lub kostki w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby.
24. Wyłącznie taką **Utratę mowy**, która oznacza całkowitą i nieuleczalną utratę zdolności mówienia powstałą w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub choroby albo stan, gdy Dziecko nigdy nie nauczyło się mówić. Utrata mowy musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 4 lat, przy czym w przypadku utraty zdolności mówienia stan ten w chwili orzekania utraty mowy musi trwać co najmniej 12 kolejnych miesięcy. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się częściowe ograniczenia zdolności mówienia oraz utratę mowy spowodowaną czynnikami psychicznymi (tzw. niemota psychogenna).
25. Wyłącznie taką **Utratę słuchu**, która oznacza całkowitą, nieodwracalną utratę słuchu w jednym uchu lub obojgu uszach powstałą w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub choroby, potwierdzoną wynikami badań audiometrycznych i badania proggu słyszenia dźwięków. W przypadku Utraty słuchu w obojgu uszach

musi być ona potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia, a w przypadku utraty słuchu w jednym uchu – nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 2 lat.

26. Wyłącznie taką **Utratę wzroku (ślepotę)**, która oznacza całkowitą, potwierdzoną przez lekarza okulistę, nieodwracalną utratę wzroku w przynajmniej jednym oku powstałą w następstwie choroby lub Nieszczęśliwego wypadku. Utrata wzroku musi być potwierdzona orzeczeniem lekarskim wystawionym nie wcześniej niż po ukończeniu przez Dziecko 1. roku życia.
27. Wyłącznie takie **Zakażenie wirusem HIV**, które oznacza powikłanie po transfuzji krwi wykonanej u osoby niechorującej na hemofilię potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lub przedstawioną dokumentacją medyczną, zgodną ze standardami medycznymi obowiązującymi dla tej jednostki chorobowej, potwierdzającą fakt przeprowadzenia transfuzji krwi oraz zakażenia wirusem HIV w trakcie tej transfuzji krwi, pod warunkiem że zakażenie Dziecka miało miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD.
28. Wyłącznie takie **Zapalenie mózgu**, które oznacza ostre zapalenie tkanki mózgowej, będące przyczyną co najmniej 3-tygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 6 kolejnych miesięcy.
29. Wyłącznie takie **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych**, które oznacza stan zapalny opon mózgu powodujący trwałe ubytki neurologiczne, potwierdzone przez specjalistę neurologa, utrzymujące się przez 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych powinno być potwierdzone wynikami badań i dokumentacją medyczną ośrodka prowadzącego leczenie.

§ 4. INNE CHOROBY ZAKAŻNE DZIECKA

Za Chorobę zakaźną Dziecka objętą naszą odpowiedzialnością uważa się wyłącznie te choroby zakaźne, które zostały zdiagnozowane u Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD z zakresem ubezpieczenia rozszerzonym o Choroby zakaźne i które spełniają definicje wskazane poniżej:

1. Wyłącznie taką **Boreliozę**, objawiającą się rumieniem wędrującym, która przebiega ze zmianami narządowymi w postaci: zapalenia stawów lub zapalenia mięśnia sercowego, lub neuroborreliozy, lub przewlekłego zanikowego zapalenia skóry kończyn, potwierdzoną obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM w teście Elisa i Western Blot.
2. Wyłącznie taką **Cholere**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną przez toksynogenne przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*). Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu przez lekarza specjalistę objawów klinicznych (wymioty lub biegunka) oraz potwierdzeniu obecności wirusa w badaniach mikrobiologicznych lub immunologicznych.
3. Wyłącznie taki **Dur brzuszny**, który oznacza ostrą układową chorobę zakaźną wywołaną przez pałeczkę duru brzuszego (*Salmonella typhi*). Rozpoznanie musi być oparte na izolacji pałeczek *Salmonella typhi* z materiału klinicznego pochodzącego od osoby, u której stwierdzono długotrwałą gorączkę i co najmniej jeden z następujących objawów współistniejących:
 - a) bóle głowy,
 - b) względna bradykardia,
 - c) kaszel,
 - d) biegunka, zaparcie, ból brzucha.Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
4. Wyłącznie taką **Gorączkę denga**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną wirusem dengi przebiegającą z wysoką gorączką u osoby, u której według opinii lekarza specjalisty stwierdzono występowanie co najmniej dwóch z następujących objawów klinicznych: bóle głowy, ból pozagałkowy, bóle mięśni, bóle stawów, wysypka, objawy krwotoczne, leukopenia. Rozpoznanie kliniczne

musi zostać potwierdzone przynajmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:

- a) izolacja wirusa dengi z surowicy,
 - b) potwierdzenie materiału genetycznego w badaniu PCR,
 - c) potwierdzenie swoistych przeciwciał w klasie IgM.
5. Wyłącznie taką **Gruźlicę**, która oznacza chorobę zakaźną wywołaną przez prątki kwasoodporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis complex* rozpoznaną przez lekarza pulmonologa na podstawie objawów klinicznych, badań mikrobiologicznych (badania genetyczne, posiew, rozmaz lub hodowla na podłożu stałym), badań obrazowych (RTG lub CT klatki piersiowej), testów IGRA, wymagającą wdrożenia leczenia przeciwpłatkowego. Wyłączeniu podlega gruźlica u osób: z infekcją HIV, nadużywających alkoholu, leczonych lekami immunosupresyjnymi.
 6. Wyłącznie taką **Malarię**, która oznacza chorobę pasożytniczą wywołaną przez pierwotniaki z rodzaju *Plasmodium*. Rozpoznanie musi być oparte na występowaniu gorączki u osoby, u której:
 - a) wykryto zarodźce malarii w rozmazach krwi włośniczkowej,
 - b) wykryto antygen zarodźca malarii w testach immunochromatograficznych.
 7. Wyłącznie taką **Schistosomatozę**, która oznacza ostrą chorobę wywołaną przez pasożyty – przywry z rodzaju *Schistosoma* – wymagającą leczenia szpitalnego, przebiegającą z gorączką, bólami brzucha, hepatosplenomegalią lub zajęciem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza na podstawie przebiegu klinicznego choroby oraz badań laboratoryjnych.
 8. Wyłącznie taką **Wściekliznę**, która oznacza wymagającą hospitalizacji ostrą chorobę zakaźną klinicznie przebiegającą w postaci ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, rozpoznaną w oparciu o charakterystyczne objawy oraz wykrycie wirusa wścieklizny (*Rabies virus*) w próbkach materiału pobranego ze skóry, śliny, z płynu mózgowo-rdzeniowego bądź wykrycie swoistych przeciwciał w osoczu krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
 9. Wyłącznie taką **Żółtą gorączkę**, która oznacza ostrą chorobę zakaźną wywołaną wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewa się lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, w okresie jednego tygodnia przed zachorowaniem i stwierdzeniu przez lekarza specjalistę żółtaczki lub krwawienia z wielu miejsc u osoby z gorączką. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone co najmniej jedną z następujących metod laboratoryjnych:
 - a) izolacja wirusa żółtej gorączki z materiału klinicznego,
 - b) wykrycie kwasu nukleinowego wirusa żółtej gorączki,
 - c) wykrycie antygenu wirusa żółtej gorączki, wykazanie obecności swoistych przeciwciał przeciw wirusowi żółtej gorączki.

§ 5. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD jest wystąpienie u Dziecka Poważnej choroby, które oznacza zdiagnozowanie u Dziecka którejkolwiek z chorób zdefiniowanych w § 3 lub przeprowadzenie u Dziecka którejkolwiek z zabiegów operacyjnych zdefiniowanych w § 3 w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD. Zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o:
 - a) Choroby zakaźne Dziecka o których mowa w § 4 powyżej, które zostały zdiagnozowane u Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) Świadczenie lekowe w przypadku wystąpienia którejkolwiek z Poważnych chorób, o których mowa w § 3 powyżej, oraz
 - c) Świadczenia medyczne w przypadku podejrzenia którejkolwiek z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Dziecka którejkolwiek z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 powyżej,co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 6. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy od tej daty nasza odpowiedzialność ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 5 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nasza odpowiedzialność z tytułu Poważnej choroby Dziecka nie spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 7. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważna choroba Dziecka lub Choroba zakaźna Dziecka powstała w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samoocaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;
 - e) wad wrodzonych ujawnionych w pierwszych 12 miesiącach życia Dziecka;
 - f) zakażenia HIV, z wyjątkiem zdarzeń określonych w § 3 ust. 27.
2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nie zostanie wypłacone w przypadku Poważnej choroby lub Choroby zakaźnej, z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało u Dziecka rozpoczęte w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z Poważną chorobą lub Chorobą zakaźną została u Dziecka zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze trwało lub zostało rozpoczęte u Dziecka w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował poważne choroby dziecka;
 - b) ochrona udzielana w stosunku do Ubezpieczonego w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego,
- postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
6. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń medycznych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń medycznych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terrorizmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 8. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej odpowiednio na dzień diagnozy choroby lub na dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, z zastrzeżeniem § 6.
3. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Choroby zakaźne Dziecka zdefiniowane w § 4 ust. 1-9 Umowy dodatkowej w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 2 pkt a) wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Choroby zakaźnej określonej w Polisie, aktualnej na dzień diagnozy Choroby zakaźnej.
4. Wypłata Świadczenia zgodnie z ust. 2 i ust. 3 powyżej nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, pod warunkiem że Ubezpieczony nadal jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem ust. 5 oraz ust. 6 poniżej.
5. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia z zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD zostaną wyłączone:
 - a) Poważna choroba Dziecka, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, oraz te Poważne choroby Dziecka, które z tą Poważną chorobą pozostają w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem pkt b) poniżej;
 - b) wyłącznie ten Nowotwór złośliwy (jednostka chorobowa), z którego tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz te Nowotwory złośliwe (jednostki chorobowe), które pozostają z tym Nowotworem złośliwym (jednostką chorobową) w związku przyczynowo-skutkowym (w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Nowotworu złośliwego);
 - c) Choroba zakaźna, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia właściwej dla Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD.
6. W przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe które spełnia definicję więcej niż jednej Poważnej choroby Dziecka wskazanej w § 3, zaszło w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku lub tej samej choroby, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Poważnej choroby Dziecka.
7. W przypadku zdiagnozowania u Dziecka choroby lub przeprowadzenia u Dziecka zabiegu operacyjnego, o których mowa w § 3

- niniejszej Umowy dodatkowej, z których tytułu Ubezpieczonemu należy jest Świadczenie, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt b), wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę zdiagnozowania choroby lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, określone w Polisie.
8. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PCHD.
 9. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię dokumentacji medycznej Dziecka (np. historii choroby, opisów wyników badań, dokumentacji medycznej z procesu diagnostyki i leczenia);
 - e) kopię dokumentów dotyczących okoliczności wypadku wydanych przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas, na wniosek lekarza upoważnionego przez nas, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia – w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat;
 - g) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
 10. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD, jak również wysokości tego Świadczenia możemy skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
 11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów wskazanych w ust. 9 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 10 powyżej, na które skierowaliśmy Dziecko.
 12. Jeżeli Ubezpieczony odmówi poddania Dziecka badaniom, o których mowa w ust. 10 powyżej, możemy uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PCHD.
- a) konsultacje lekarzy specjalistów (internista, pediatra, ortopeda, chirurg, okulista, neurolog, diabetolog, onkolog, kardiolog, pulmonolog, ginekolog);
 - b) badania diagnostyczne (USG, EKG, RTG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie.
3. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 2 pkt a) – b) powyżej, należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony lub Dziecko powinni podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) imię, nazwisko i numer PESEL Dziecka;
 - d) stopień pokrewieństwa;
 - e) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z kontaktować z Ubezpieczonym.
 4. W związku z udokumentowanym podejrzeniem u Dziecka któregoś z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Dziecka któregoś z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, Dziecko może skorzystać z maksymalnie 7 konsultacji lekarskich wskazanych w ust. 2 pkt a) powyżej, oraz z badań diagnostycznych wskazanych w ust. 2 pkt b) powyżej do kwoty w łącznej wysokości wynoszącej 3000 zł za wszystkie badania diagnostyczne. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim liczone są osobno na każde Dziecko.
 5. Warunkiem skorzystania ze Świadczeń medycznych jest przesłanie w sposób uzgodniony pomiędzy stronami do Centrum Operacyjnego, wskazanej przez Centrum Operacyjne dokumentacji medycznej dotyczącej jednej z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Dziecka jednego z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej.
 6. W oparciu o przekazane dokumenty medyczne lekarz Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpieczonego lub Dziecko o tym, czy zaistniałe zdarzenie i przedstawiona dokumentacja medyczna uprawniają do udzielenia Świadczenia medycznego, o które wnioskuje Ubezpieczony lub Dziecko.
 7. Konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
 8. Czas oczekiwania na realizację Świadczeń medycznych wynosi:
 - a) do 2 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - b) do 5 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku konsultacji lekarskich pozostałych specjalności wskazanych w § 9 ust. 2 pkt a) powyżej oraz w przypadku badań diagnostycznych USG, EKG, RTG;
 - c) do 10 Dni roboczych od dnia przekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej w przypadku tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, chyba że Ubezpieczony lub Dziecko wskaże późniejszy termin.
 9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń medycznych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 10. Koszty świadczeń medycznych, realizowanych zgodnie z Warunkami PCHD, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

§ 9. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Świadczenia medyczne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku udokumentowanego podejrzenia u Dziecka któregoś z chorób lub konieczności przeprowadzenia u Dziecka któregoś z zabiegów operacyjnych, o których mowa w § 3 niniejszej Umowy dodatkowej, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia medyczne, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt c) powyżej, zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń medycznych obejmujących:

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 1–2 i 5–6 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 7 ust. 3–4 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Leczenia specjalistycznego Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „Warunkami LSPD”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami LSPD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach LSPD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Dzień zdarzenia** – dzień, w którym:
 - podano pierwszą dawkę leku – w przypadku Chemioterapii, Terapii interferonowej, Leczenia przeciwwirusowego;
 - podano pierwszą dawkę promieniowania jonizującego – w przypadku Radioterapii;
 - doszło do Wszczepienia kardiowertera/defibrylatora/rozrusznika serca;
 - wykonano Ablację;

- wykonano pierwszą dializę w przypadku zastosowanej po raz pierwszy Dializoterapii;
- przeprowadzono zabieg operacyjny w przypadku zastosowania Leczenia metodą Gamma Knife i Cyber-Knife, Wterebroplastyki, Wszczepienia implantu ślimakowego;
- Leczenie specjalistyczne** – proces związany z przeprowadzeniem jednej z wymienionych i zdefiniowanych w § 3 procedur leczenia Dziecka, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego układu lub narządu;
- Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

§ 3. PROCEDURY LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA

1. **Ablacja** – zabieg kardiologiczny mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru tkanki serca, który odpowiada za powstawanie zaburzeń rytmu serca;
2. **Chemioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą przynajmniej jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków L według klasyfikacji ATC;
3. **Dializoterapia** – metoda leczenia ostrej i krótkotrwałej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
4. **Leczenie metodą Gamma Knife i Cyber-Knife** – leczenie w przebiegu następujących chorób nienowotworowych: neuralgii nerwu trójdzielnego, drżenia samoistnego, malformacji naczyniowych;
5. **Leczenie przeciwwirusowe** – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C, mające na celu zahamowanie replikacji wirusa HBV lub eliminację wirusa HCV;
6. **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej za pomocą promieniowania jonizującego;
7. **Terapia interferonowa** – podawanie drogą pozajelitową interferonu jako metoda leczenia stwardnienia rozsianego albo przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C;
8. **Wartebroplastyka** – zabieg stosowany w leczeniu zmian chorobowych lub pourazowych w obrębie kręgosłupa, polegający na wprowadzeniu do kręgu substancji cementującej;
9. **Wszczepienie implantu ślimakowego** – zabieg przeprowadzony celem leczenia całkowitej obuustronnej głuchoty, częściowej głuchoty lub głębokiego ubytku słuchu – niedosłuchu;
10. **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** – wszczepienie urządzenia elektronicznego z funkcją detekcyjną i defibrylacyjną w przypadku poważnych zaburzeń rytmu serca pochodzenia komorowego lub epizodów nagłego zatrzymania krążenia;
11. **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** – wszczepienie urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD jest Leczenie specjalistyczne Dziecka, które rozpoczęło się w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD. Dniem rozpoczęcia Leczenia specjalistycznego Dziecka jest Dzień zdarzenia właściwy dla procedury wskazanej w § 3 przeprowadzonej w ramach tego Leczenia specjalistycznego.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na Dzień zdarzenia (Karencja), określonej w Polisie. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD, nasza odpowiedzialność z tytułu Leczenia specjalistycznego Dziecka w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD nie zostanie wypłacone, jeżeli choroba lub nieszczęśliwy wypadek w związku z którymi nastąpiło Leczenie specjalistyczne były spowodowane:
 - a) działaniami wojennymi, czynnym udziałem Dziecka w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) próbą popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) poddaniem się przez Dziecko eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.

2. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy skierowanie na Leczenie specjalistyczne zostało wystawione lub, gdy o przeprowadzeniu Leczenia specjalistycznego Dziecka postanowiono w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
3. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD nie zostanie wypłacone, gdy choroba pozostająca w związku przyczynowo-skutkowym z procedurą przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Dziecka u Dziecka zdiagnozowana lub z której powodu postępowanie diagnostyczne lub lecznicze zostało u Dziecka rozpoczęte lub trwało w okresie 2 lat przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 poniżej.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po upływie 3 lat, licząc od dnia, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.
5. W przypadku gdy łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed objęciem ochroną w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD był objęty ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował leczenie specjalistyczne dziecka;
 - b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej;
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informację o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sumy ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, postanowienia ust. 2 i ust. 3 powyżej nie mają zastosowania.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 4 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na Dzień zdarzenia, z zastrzeżeniem § 5.
3. Po zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD będzie zredukowany o tę procedurę przeprowadzoną w ramach Leczenia specjalistycznego Dziecka, z której tytułu Ubezpieczony otrzymał Świadczenie, oraz o te procedury Leczenia specjalistycznego Dziecka, które pozostają z tą procedurą w związku przyczynowo-skutkowym, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
4. W przypadku zajścia kolejnego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony nie nabywa prawa do Świadczenia, jeżeli kolejna procedura Leczenia specjalistycznego Dziecka, która została zastosowana u Dziecka, związana jest z leczeniem tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, w związku z którym Ubezpieczony otrzymał już Świadczenie i przeprowadzono u Dziecka jedną z procedur, o których mowa w § 3 powyżej.
5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami LSPD.
6. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków LSPD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) kopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - e) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–2 i ust. 6–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 3–5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNYCH DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami OCHD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OCHD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach OCHD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD wprowadza się następujące definicje:
 - Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną Operacji chirurgicznej Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie

uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, którym Dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- Operacja chirurgiczna** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony u Dziecka w związku z Chorobą lub fizycznymi obrażeniami ciała powstałymi na skutek Nieszczęśliwego wypadku. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki wskazane w Tabeli Operacji Chirurgicznych;
- Świadczenie lekowe** – dodatkowe Świadczenie lekowe należne Ubezpieczonemu w przypadku przeprowadzenia

u Dziecka jednej z Operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli Operacji Chirurgicznych, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 6 niniejszej Umowy dodatkowej;

- g) **Tabela Operacji Chirurgicznych** – tabela określająca rodzaj Operacji chirurgicznych oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków OCHD.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD jest przeprowadzenie Operacji chirurgicznej u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Świadczenie lekowe, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD, z zastrzeżeniem że w okresie 3 miesięcy, licząc od tej daty, ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD nasza odpowiedzialność z tytułu Operacji chirurgicznej Dziecka niespowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 3 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD nie zostanie wypłacone, jeżeli Operacja chirurgiczna Dziecka została przeprowadzona w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terrorku lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) wad wrodzonych ujawnionych w pierwszych 12 miesiącach życia Dziecka;
 - d) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków Dziecka, które zaistniały w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD;
 - e) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego;
 - f) chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - g) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Operacji chirurgicznej Dziecka w wysokości, ustalonej na podstawie wskazanego w Tabeli Operacji Chirurgicznych, procentu Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień przeprowadzenia u Dziecka Operacji chirurgicznej, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem § 4.
3. Niezależnie od liczby Operacji chirurgicznych przeprowadzonych u Dziecka w ciągu 1 roku, liczonego od dnia przeprowadzenia pierwszej z nich, jeżeli konieczność przeprowadzenia Operacji chirurgicznych wynikała z tej samej przyczyny, tj. tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, wypłacimy Świadczenie wyłącznie z tytułu jednej Operacji chirurgicznej, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy Operacji chirurgicznych Dziecka przeprowadzonych na narządach parzystych z powodu tej samej Choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli w ciągu 3 kolejnych dni Dziecko zostanie poddane więcej niż jednej Operacji chirurgicznej, wypłacimy Świadczenie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
5. Jeżeli w trakcie pobytu na sali operacyjnej przeprowadzono więcej niż jedną Operację chirurgiczną wymienioną w Tabeli Operacji Chirurgicznych, to niezależnie od liczby przeprowadzonych Operacji chirurgicznych wypłacimy Świadczenie wyłącznie za jedną Operację chirurgiczną, za którą zgodnie z Tabelą Operacji Chirurgicznych należne jest najwyższe Świadczenie.
6. W przypadku przeprowadzenia u Dziecka Operacji chirurgicznej, z której tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie w wysokości co najmniej 40% Sumy ubezpieczenia, jeżeli zakres jego ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, o którym mowa w § 3 ust. 2, wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę przeprowadzenia Operacji chirurgicznej, określonej w Polisie.
7. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami OCHD.
8. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OCHD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) dokumentację medyczną Dziecka (np. historię choroby, opisy wyników badań, opisy operacji);
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas, na wniosek lekarza upoważnionego przez nas, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia – w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat;
 - g) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–5 oraz ust. 8–13 w związku z § 2; § 7 ust. 1–6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–7 w związku z § 2; § 7 ust. 7 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami PSD”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PSD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach PSD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
 - Choroba nowotworowa** – rozumiana jako:
 - wyłącznie taki **Nowotwór złośliwy**, który oznacza obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz

inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę, nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Ubezpieczony nabywa prawo do Świadczenia, jeżeli obecność Nowotworu złośliwego u Dziecka zostanie potwierdzona badaniem histopatologicznym przez lekarza specjalistę w dziedzinie onkologii lub patomorfologa. Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się następujące nowotwory złośliwe:

- guzy opisywane jako nowotwory in situ (w tym dysplazję szyjki macicy CIN-1, CIN-2, CIN-3) lub histologicznie opisywane jako zmiany przedinwazyjne;
- wszystkie nowotwory skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów oraz o ile nie stwierdzono, że guz jest czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego, lub klasyfikowane powyżej 3 poziomu inwazji w skali Clarka;
- mięsaki Kaposiego i inne guzy związane z zakażeniem wirusem HIV lub z AIDS;
- raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0 lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7;
- raka brodawkowatego tarczycy spełniającego kryteria microcarcinoma w ocenie histopatologa.

W odniesieniu do Nowotworu złośliwego za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- wyłącznie taki **Nowotwór o granicznej złośliwości**, który oznacza wczesne postacie nowotworów, których stan zaawansowania lub niski stopień złośliwości dają podstawy

do dobrego rokowania oraz wymagają specjalistycznego leczenia onkologicznego: operacyjnego lub radioterapii, lub chemioterapii. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje:

- a. stan przedrakowy dysplazji szyjki macicy CIN-3, który wymaga zabiegu operacyjnego;
- b. nowotwory jajnika o złośliwości granicznej wymagające chemioterapii lub zabiegu operacyjnego;
- c. zespół mieloproliferacyjny, mielodysplastyczny, mieloproliferacyjno-dysplastyczny – wymagające leczenia hematologicznego;
- d. raka brodawkowatego tarczycy określonego w badaniu histopatologicznym jako mikrorak (microcarcinoma) wymagającego zabiegu operacyjnego;
- e. wszelkie guzy o niskim potencjale złośliwości lub o granicznej złośliwości (borderline) według badania histopatologicznego, które wymagają zabiegu operacyjnego lub chemioterapii/radioterapii.

Rozpoznanie Nowotworu o granicznej złośliwości musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. W odniesieniu do Nowotworu o granicznej złośliwości za dzień zdiagnozowania uważa się dzień pobrania materiału histopatologicznego do badania;

- d) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
- e) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- f) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - i. samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - ii. samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - iii. samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - iv. poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - v. samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - vi. samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- g) **Pobyt w szpitalu** – udokumentowany stały i nieprzerwany pobyt w Szpitalu Dziecka służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia. Za dzień Pobytu w szpitalu uważa się dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu przyjmuje się dzień przyjęcia do Szpitala, a za ostatni – dzień wypisu ze Szpitala.

Za Pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja (z wyłączeniem przypadków, gdy pobyt w szpitalu dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawałe serca), pobytów na oddziałach rehabilitacyjnych oraz pobytów na oddziałach dziennych;

- h) **Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony i przeznaczony do:

- i. poruszania się po drodze w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym z wyłączeniem quadów, rowerów, wózków rowerowych, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego;
- ii. przewozu osób lub rzeczy poruszający się po szynach;
- iii. poruszania się po śródlądowych drogach wodnych w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej, a także do żeglugi morskiej w rozumieniu przepisów Kodeksu morskiego;
- iv. poruszania się w ruchu powietrznym, będący samolotem pasażerskim koncesjonowanych linii lotniczych.

- i) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- j) **Świadczenia ambulatoryjne** – świadczenie, obejmujące konsultacje lekarskie, badania laboratoryjne oraz zabiegi diagnostyczne, udzielane w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu, w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w przypadku Pobytu w szpitalu Dziecka trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 7 dni;
- k) **Świadczenie lekowe** – dodatkowe świadczenie lekowe należne Ubezpieczonemu w przypadku Pobytu w szpitalu Dziecka, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 9 niniejszej Umowy dodatkowej;
- l) **Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące jedyną przyczyną Pobytu w szpitalu Dziecka i niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Dziecko nie poruszało się Pojazdem komunikacyjnym, ale zostało przez niego uderzone.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD jest Pobyt w szpitalu Dziecka, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej. Ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te Pobyty w szpitalu, które nastąpiły z przyczyn wskazanych w Polisie.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o:
 - a) Pobyt na OIOM Dziecka, który rozpoczął się i trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej,
 - b) Świadczenie lekowe,
 - c) Świadczenia ambulatoryjne na rzecz Dziecka, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, z zastrzeżeniem że w okresie 1 miesiąca, licząc od tej daty, ograniczona jest do zdarzeń powstałych na

skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Umowy dodatkowej (Karencja). W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD nasza odpowiedzialność z tytułu Pobytu w szpitalu Dziecka niespowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 1 miesiąca od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka lub Pobyt na OIOM Dziecka powstał na skutek:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terrorku lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) Wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego;
 - e) Chorób powstałych w wyniku zakażenia wirusem HIV;
 - f) wad wrodzonych ujawnionych w pierwszych 12 miesiącach życia Dziecka;
 - g) wykonania u Dziecka operacji plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem operacji niezbędnych do usunięcia skutków Nieszczęśliwych wypadków, które zaistniały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD;
 - h) wykonania u Dziecka okresowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia, oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzanych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - i) leczenia skutków użycia narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza);
 - j) leczenia Chorób powstałych na skutek nadużywania alkoholu.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń ambulatoryjnych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń ambulatoryjnych wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu w danym Roku

ubezpieczenia Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD za każdy rozpoczęty dzień Pobytu w szpitalu Dziecka w wysokości Sumy ubezpieczenia (zwanej dalej „stawką dzienną”) aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, z zastrzeżeniem § 4 oraz ust. 3 i ust. 7 poniżej.

3. Jeżeli Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą (lub Zawałem serca, lub Udarem mózgu, lub Chorobą nowotworową) wypłacimy Świadczenie, pod warunkiem że Pobyt w szpitalu trwał dłużej niż 1 dzień (1 zmiana daty).
4. Wysokość stawki diennej za dzień Pobytu w szpitalu Dziecka, w zależności od przyczyny Pobytu w szpitalu, określona jest w Polisie.
5. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym, które miały miejsce przed dniem, w którym objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, a także w przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany Chorobą nowotworową, która została zdiagnozowana przed datą objęcia Ubezpieczonego przez nas ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD, za każdy dzień takiego Pobytu w szpitalu wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości stawki diennej ustalonej dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego Chorobą.
6. Jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka był spowodowany jednocześnie Nieszczęśliwym wypadkiem (lub Wypadkiem komunikacyjnym) i Chorobą (lub Chorobą nowotworową), wysokość Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD obliczona zostanie w oparciu o stawkę dzienną właściwą dla Pobytu w szpitalu Dziecka spowodowanego przyczyną, dla której stawka dzienna określona w Polisie jest najwyższa.
7. W przypadku gdy Pobyt w szpitalu Dziecka spowodowany był leczeniem chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Klasyfikacji ICD, Świadczenie zostanie wypłacone maksymalnie za 30 dni Pobytu w szpitalu Dziecka w każdym Roku ubezpieczenia.
8. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Pobyt na OIOM Dziecka, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2 pkt a) wypłacimy Ubezpieczonemu, w zależności od formy wypłaty Świadczenia wskazanej w Polisie:
 - a) Świadczenie jednorazowe, niezależne od liczby dni Pobytu na OIOM Dziecka, w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu na OIOM Dziecka określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Dziecka, albo
 - b) Świadczenie za każdy dzień Pobytu na OIOM Dziecka, ale za nie więcej niż 5 kolejno następujących po sobie dni, w wysokości stawki diennej z tytułu Pobytu na OIOM określonej w Polisie, aktualnej na pierwszy dzień Pobytu na OIOM Dziecka.
9. Jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenie lekowe, w przypadku Pobytu w szpitalu Dziecka, o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy dodatkowej, z którego tytułu Ubezpieczonemu należne jest Świadczenie, wypłacimy Ubezpieczonemu, niezależnie od przyczyny Pobytu w szpitalu, jedno Świadczenie lekowe w wysokości aktualnej na datę pierwszego dnia Pobytu w szpitalu Dziecka, określone w Polisie. Świadczenie lekowe w danym Roku ubezpieczenia może zostać wypłacone po nie więcej niż trzech Pobytach w szpitalu Dziecka, które rozpoczęły się i trwały w danym Roku ubezpieczenia.
10. Jeżeli Pobyt w szpitalu Dziecka rozpoczął się przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD i trwał nieprzerwanie w dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tej Umowy dodatkowej a łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony bezpośrednio przed przystąpieniem do niniejszej Umowy dodatkowej był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, a zakres jego ubezpieczenia obejmował pobyt w szpitalu dziecka,

- b) ochrona udzielana Ubezpieczonemu w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego zakończyła się w przeddzień przystąpienia do niniejszej Umowy dodatkowej,
 - c) Ubezpieczający przekazał nam informacje o zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego wraz z wysokością sum ubezpieczenia i potwierdzeniem rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego,
- wówczas wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie wyłącznie za okres Pobytu w szpitalu Dziecka przypadający po rozpoczęciu udzielania Ubezpieczonemu przez nas ochrony ubezpieczeniowej, w wysokości stawki dziennej aktualnej na pierwszy dzień Pobytu w szpitalu Dziecka.
11. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PSD.
 12. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PSD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - e) kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności wypadku wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
- niezależnie od liczby i rodzaju tych badań. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim liczone są osobno na każde Dziecko.
5. Wizyty lekarskie, badania laboratoryjne i zabiegi diagnostyczne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
 6. Czas oczekiwania na realizację Świadczeń ambulatoryjnych wynosi:
 - a) do 1 Dnia roboczego od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku badań laboratoryjnych;
 - b) do 2 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzem internistą;
 - c) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji z lekarzami pozostałych specjalności wskazanych w § 7 ust. 2 pkt a) oraz w przypadku zabiegów diagnostycznych: RTG, USG, w tym ECHO serca, EKG, spirometria;
 - d) do 10 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej,
 chyba że Ubezpieczony lub Dziecko wskaże późniejszy termin.
 7. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń ambulatoryjnych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
 8. Koszty Świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych zgodnie z Warunkami PSD, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH

1. Świadczenia ambulatoryjne są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku Pobytu w szpitalu Dziecka trwającego co najmniej 7 dni, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia ambulatoryjne, zapewnimy organizację oraz pokrycie kosztów Świadczeń ambulatoryjnych obejmujących:
 - a) konsultacje lekarzy specjalistów (internista, pediatra, ortopeda, chirurg, okulista, neurolog, diabetolog, kardiolog, onkolog, pulmonolog, ginekolog);
 - b) badania laboratoryjne (badania hematologiczne, koagulologia, glukoza, lipidogram, sód, potas, mocznik, kreatynina, białko, badanie ogólne moczu, badania wątroby – transaminazy, bilirubina) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych zaleceń medycznych;
 - c) zabiegi diagnostyczne (RTG, rezonans magnetyczny, tomografia, USG, w tym ECHO serca, EKG, spirometria) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź udokumentowanych zaleceń medycznych.
3. W celu skorzystania ze Świadczeń ambulatoryjnych, o których mowa w ust. 2 powyżej należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony lub Dziecko powinni podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) imię, nazwisko oraz numer PESEL Dziecka;
 - d) stopień pokrewieństwa;
 - e) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym.
4. W związku z jednym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, o którym mowa w § 3 ust. 1 powyżej, Dziecko może skorzystać łącznie z maksymalnie 15 Świadczeń ambulatoryjnych, z zastrzeżeniem że każda z konsultacji lekarskich, o których mowa w ust. 2 pkt a) oraz każdy z zabiegów diagnostycznych, o których mowa w ust. 2 pkt c) liczy się jako jedno Świadczenie ambulatoryjne. Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 2 pkt b), w ramach jednego skierowania liczone są jako jedno Świadczenie ambulatoryjne,

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami UD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach UD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, co zostało potwierdzone w odpisie skróconym aktu urodzenia;
 - Urodzenie Dziecka** – urodzenie Dziecka, a także przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, pod warunkiem że Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconym aktu urodzenia Dziecka;
 - Urodzenie Dzieci w wyniku ciąży mnogiej** – urodzenie więcej niż jednego Dziecka w wyniku ciąży mnogiej, co zostało potwierdzone w odpisie skróconym aktu urodzenia.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD jest Urodzenie Dziecka, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD.

- Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Urodzenie Dzieci w wyniku ciąży mnogiej, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD, z zastrzeżeniem że w okresie 9 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka (Karencja), określonej w Polisie. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia Dziecka w okresie 9 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- W niniejszej umowie dodatkowej wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności nie mają zastosowania.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.

2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę Urodzenia Dziecka, określonej w Polisie, z zastrzeżeniem § 4.
3. Jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Urodzenie Dzieci w wyniku ciąży mnogiej, o którym mowa w § 3 ust. 2, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia Dzieci w wyniku ciąży mnogiej wypłacimy Ubezpieczonemu dodatkowe jednorazowe Świadczenie w kwocie równej Sumie ubezpieczenia z tytułu Urodzenia Dzieci w wyniku ciąży mnogiej określonej w Polisie, aktualnej na datę Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UD.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie;
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka martwego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA MARTWEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka martwego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „Warunkami UDM”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UDM stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach UDM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko martwe** – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się martwe po 22. tygodniu trwania ciąży, co zostało potwierdzone w odpisie skróconym aktu urodzenia;
 - Poronienie** – przedwczesne, samoistne zakończenie ciąży przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni), potwierdzone odpowiednią adnotacją w odpisie skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony widnieje jako rodzic;
 - Urodzenie Dziecka martwego** – urodzenie martwego Dziecka po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone odpowiednią adnotacją w odpisie skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony widnieje jako rodzic.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM jest Urodzenie Dziecka martwego, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM.

- Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Poronienie, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM nie zostanie wypłacone, jeżeli Urodzenie Dziecka martwego lub Poronienie nastąpi w wyniku:
 - przyjmowania przez matkę biologiczną Dziecka w okresie ciąży alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza) lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
- W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM w wysokości Sumy ubezpieczenia ustalonej dla Urodzenia Dziecka martwego aktualnej na datę Urodzenia Dziecka martwego, określonej w Polisie.

3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 2 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM w wysokości Sumy ubezpieczenia ustalonej dla Poronienia aktualnej na datę Poronienia, określonej w Polisie.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UDM.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDM ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe;
 - d) dokument potwierdzający tydzień ciąży (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - e) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka wymagającego leczenia rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 oraz ust. 5–6 w związku z § 2; § 7 ust. 1–5 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4 w związku z § 2; § 7 ust. 6 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA DZIECKA WYMAGAJĄCEGO LECZENIA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Urodzenia Dziecka wymagającego leczenia, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami UDWL**”) stosuje się do umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami UDWL stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach UDWL określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się żywe, co zostało potwierdzone odpisem skróconym aktu urodzenia;
 - Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;

- Skala Apgar** – skala używana w celu określenia stanu noworodka zaraz po porodzie: w 1., 3., 5. i 10. minucie życia. Przy punktacji w skali Apgar bierze się pod uwagę ostatnią dokonaną ocenę;
- Świadczenia medyczne i rehabilitacja medyczna** – dodatkowe świadczenie obejmujące badania medyczne, wizyty lekarskie oraz rehabilitację medyczną Dziecka w przypadku Urodzenia Dziecka wymagającego leczenia;
- Urodzenie Dziecka** – urodzenie Dziecka, pod warunkiem że Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconym aktu urodzenia Dziecka;
- Urodzenie Dziecka wymagającego leczenia** – Urodzenie Dziecka z Wadą wrodzoną lub z punktacją w Skali Apgar w przedziale od 0 do 8 lub będącego Wcześnieakiem;
- Wada wrodzona** – wyłącznie taka wada, która oznacza nieprawidłowość rozwojową narządów lub części ciała, a także defekty enzymatyczne prowadzące do rozwoju chorób metabolicznych nabyte w okresie zarodkowym lub płodowym, upośledzające czynność ustroju, która istniała w chwili Urodzenia Dziecka lub została zdiagnozowana do końca 1. roku życia Dziecka zaklasyfikowane jako wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe zgodnie z Klasyfikacją ICD;
- Wcześnieak** – Dziecko urodzone do 36. tygodnia ciąży włącznie, pod warunkiem że Ubezpieczony widnieje jako rodzic w odpisie skróconym aktu urodzenia Dziecka.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie

Warunków UDWL jest Urodzenie Dziecka wymagającego leczenia, które nastąpiło w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL.

2. Zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej może zostać rozszerzony o Świadczenia medyczne i rehabilitację medyczną Dziecka, co zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL, z zastrzeżeniem że w okresie 9 miesięcy licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do wypłaty Świadczenia w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Urodzenia Dziecka wymagającego leczenia (Karencja), określonej w Polisie. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o którym mowa w § 3 ust. 2, nasza odpowiedzialność z tytułu rozszerzonego zakresu ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tego zakresu. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia Dziecka wymagającego leczenia w okresie 9 miesięcy od daty takiej zmiany ogranicza się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL nie zostanie wypłacone, jeżeli Urodzenie Dziecka wymagającego leczenia nastąpiło w wyniku:
 - a) choroby lub urazu Dziecka zaistniałych podczas porodu;
 - b) choroby AIDS lub zarażenia się Dziecka wirusem HIV w okresie zarodkowym lub w okresie płodowym;
 - c) przyjmowania przez matkę biologiczną Dziecka w okresie ciąży alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza) lub leków nieprzepisanych przez lekarza albo użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim.
2. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji Świadczeń medycznych i rehabilitacji medycznej lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Świadczeń medycznych i rehabilitacji medycznej wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL, aktualnej na datę Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3 i ust. 4 poniżej.
3. W przypadku Urodzenia Dziecka, które otrzymało od 0 do 4 punktów w Skali Apgar, wypłacimy Ubezpieczonemu dodatkowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL aktualnej na datę Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego niezależnie od liczby zdiagnozowanych u Dziecka Wad wrodzonych wypłacimy Ubezpieczonemu tylko jedno Świadczenie z tytułu Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną.

5. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami UDWL.
6. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków UDWL ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej Urodzenie Dziecka wymagającego leczenia oraz kartę przebiegu ciąży;
 - e) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej diagnozę Wady wrodzonej;
 - f) w przypadku gdy Dziecko zostało przysposobione – dokumentację potwierdzającą przysposobienie;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH I REHABILITACJI MEDYCZNEJ

1. Świadczenia medyczne i rehabilitacja medyczna Dziecka są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku Urodzenia Dziecka wymagającego leczenia, jeżeli zakres ubezpieczenia w ramach niniejszej Umowy dodatkowej został rozszerzony o Świadczenia medyczne i rehabilitację medyczną Dziecka, zapewnimy i pokryjemy koszty Świadczeń medycznych i rehabilitacji medycznej do kwoty w łącznej wysokości 10 000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe, obejmujących:
 - a) konsultacje lekarzy specjalizujących się w opiece nad małymi dziećmi (neonatolog, neurolog, kardiochirurg, pediatra, chirurg, okulista, ortopeda);
 - b) rehabilitację medyczną na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź na podstawie udokumentowanych zaleceń medycznych;
 - c) badania medyczne (USG, CRP, morfologia, IgE całkowite, PET) - na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie bądź na podstawie udokumentowanych zaleceń medycznych.
3. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych i rehabilitacji medycznej Dziecka należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) imię i nazwisko Dziecka;
 - d) pokrewieństwa lub powinowactwa;
 - e) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się z skontaktować z Ubezpieczonym.
4. Świadczenia medyczne i rehabilitacja medyczna Dziecka odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez Centrum Operacyjne.
5. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji lekarskich oraz rehabilitacji medycznej;
 - b) do 15 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku badania PET;
 - c) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku pozostałych badań medycznych wskazanych w § 7 ust. 2 pkt c),
chyba że Ubezpieczony wskaże późniejszy termin.
6. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje możliwości skorzystania ze Świadczeń medycznych i rehabilitacji medycznej poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
7. Koszty Świadczeń medycznych i rehabilitacji medycznej, realizowanej zgodnie z Warunkami UDWL, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Osierocenia Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami OD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami OD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach OD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Osierocenie Dziecka** – śmierć Ubezpieczonego posiadającego Dziecko;
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpieli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie

wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;

- samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały;

- Nieszczęśliwy wypadek** – nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Rodzica, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);
- Rodzic** – ojciec lub matka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) Dziecka.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD jest
 - Osierocenie Dziecka, a także
 - śmierć obojga Rodziców Dziecka w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku,
 które nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD nie zostanie wypłacone, jeżeli Osierocenie Dziecka nastąpiło w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroru lub zamieszkach;
 - b) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa niezależnie od stanu poczytalności w okresie 2 lat od daty, w której objęliśmy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 pkt a), wypłacimy każdemu uprawnionemu Dziecku Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 ust. 1 pkt b), wypłacimy każdemu uprawnionemu Dziecku dodatkowe Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, aktualnej na datę Nieszczęśliwego wypadku.
4. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami OD.
5. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków OD ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu drugiego Rodzica w przypadku zgonu obojga Rodziców w wyniku tego samego Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka lub kopię dokumentu tożsamości Dziecka;
 - e) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - f) w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji – dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–3 oraz ust. 8–12 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 4–7 oraz ust. 13 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO URAZU DZIECKA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami PUNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami PUNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach PUNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW wprowadza się następujące definicje:
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną Poważnego urazu Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani

żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- Poważny uraz** – powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku fizyczna utrata lub trwałe uszkodzenie funkcji organu, narządu, układu lub kończyny, a także złamanie niepowodujące trwałej utraty ani trwałego uszkodzenia funkcji organu, narządu, układu lub kończyny. Naszą odpowiedzialnością objęte są tylko i wyłącznie przypadki określone w Tabeli Urazów;

- e) **Tabela Urazów** – tabela określająca rodzaje Poważnych urazów oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartość procentowa Sumy ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Warunków PUNW.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW jest Poważny uraz Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Poważnego urazu Dziecka był Nieszczęśliwy wypadek;
 - b) Poważny uraz Dziecka został stwierdzony w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - c) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Poważnego urazu Dziecka nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW nie zostanie wypłacone, jeżeli Poważny uraz Dziecka powstał w wyniku:
 - a) działań wojennych, czynnego udziału Dziecka w aktach terroru lub w zamieszkach;
 - b) próby popełnienia przez Dziecko samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własne życzenie, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - c) popełnienia przez Dziecko czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - d) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW stanowiące iloczyn określonego w Tabeli Urazów procentu dla danego Poważnego urazu i Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie.
3. Rodzaj i stopień Poważnego urazu Dziecka ustalone zostaną w oparciu o Tabelę Urazów, po zakończeniu leczenia i okresu rehabilitacji, jeśli ocena rodzaju i stopnia Poważnego urazu wymaga ich zakończenia, jednak nie później niż w ciągu 2 lat, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie z tytułu Poważnego urazu Dziecka zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Poważnego urazu Dziecka powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku zgodnie z Warunkami PUNW.
5. Za wszystkie Poważne urazy Dziecka powstałe wskutek jednego Nieszczęśliwego wypadku wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia

- z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW, określonej w Polisie.
6. W przypadku powstania Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku w obrębie organu, narządu, układu lub kończyny, których funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie stopnia Poważnego urazu Dziecka po tym wypadku, rodzaj i stopień Poważnego urazu Dziecka zostaną ustalone w wyniku analizy jako różnica upośledzenia danego organu, narządu, układu lub kończyny przed Nieszczęśliwym wypadkiem i po jego zajściu.
 7. Świadczenie z tytułu Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej z tytułu Poważnego urazu Dziecka powstałego na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z warunkami Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW.
 8. W przypadku anatomicznej utraty kończyny przez Dziecko ustalimy prawo do bezspornej części Świadczenia bez oczekiwania na zakończenie leczenia i okresu rehabilitacji.
 9. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami PUNW.
 10. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - d) kopię dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy, leczenia i rehabilitacji;
 - e) kopię dokumentacji dotyczącej okoliczności wypadku Dziecka wydanej przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) dokumentację potwierdzającą orzeczenie Niezdolności do samodzielnej egzystencji – w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono Niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - g) pisemne oświadczenie Dziecka o zgodzie na przetwarzanie jego danych osobowych oraz pisemną zgodę na uzyskanie przez nas, na wniosek lekarza upoważnionego przez nas, informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych na rzecz Dziecka – w tym kopii dokumentacji medycznej dotyczącej okoliczności związanych z ustaleniem prawa do Świadczenia – w przypadku Dziecka, które w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia ukończyło 18 lat;
 - h) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.
 11. W celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW, jak również wysokości tego Świadczenia możemy skierować Dziecko na badania medyczne, których zakres zostanie określony przez nas w skierowaniu, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania medyczne przeprowadzane są we wskazanych przez nas placówkach opieki medycznej lub gabinetach lekarskich. Koszt badań zostanie pokryty przez nas.
 12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11 powyżej, prawo do Świadczenia zostanie ustalone na podstawie opinii upoważnionego przez nas lekarza, wydanej w oparciu o komplet dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności wskazanych w ust. 10 powyżej oraz na podstawie wyników badań, o których mowa w ust. 11 powyżej.
 13. W przypadku odmowy wykonania badań, o których mowa w ust. 11 powyżej, możemy uchylić się od wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków PUNW.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia konsultacje z psychologiem lub psychiatrą dla Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 ust. 1–5 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2; § 6 ust. 6 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA KONSULTACJE Z PSYCHOLOGIEM LUB PSYCHIATRĄ DLA DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia konsultacje z psychologiem lub psychiatrą dla Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „Warunkami KPPD”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „OWU”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami KPPD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach KPPD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków KPPD wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały;

- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;
- Trudna sytuacja losowa** – zaistniałe w okresie ubezpieczenia nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, które zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga konsultacji lub telekonsultacji Dziecka z psychologiem lub psychiatrą.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków KPPD jest wystąpienie Trudnej sytuacji losowej w życiu Dziecka w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków KPPD. Konsultacje z psychologiem lub psychiatrą dla Dziecka realizowane są w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji konsultacji lub telekonsultacji z psychologiem lub psychiatrą lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie konsultacji lub telekonsultacji z psychologiem lub psychiatrą wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 6. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Konsultacje lub telekonsultacje Dziecka z psychologiem lub psychiatrą są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnimy konsultację lub telekonsultację Dziecka z psychologiem lub psychiatrą i pokryjemy ich koszty.
3. W celu skorzystania z konsultacji lub telekonsultacji Dziecka z psychologiem lub psychiatrą należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony lub Dziecko powinni podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu lub adres e-mail, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - d) pokrewieństwa lub powinowactwa;
 - e) imię, nazwisko oraz numer PESEL Dziecka lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL.
4. Każdemu Dziecku Ubezpieczonego przysługuje uprawnienie do skorzystania łącznie z 3 konsultacji lub telekonsultacji z psychologiem lub psychiatrą w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia niezależnie od liczby Zdarzeń ubezpieczeniowych.
5. Czas oczekiwania na realizację świadczenia wynosi do 5 Dni roboczych, liczonych od dnia zgłoszenia do Centrum Operacyjnego, chyba że Ubezpieczony lub Dziecko wskaże konkretną placówkę lub późniejszy termin, w którym chciałby skorzystać z konsultacji lub telekonsultacji Dziecka z psychologiem lub psychiatrą.
6. Leki narkotyczne mogą być przepisane wyłącznie w przypadku konsultacji stacjonarnej z psychologiem lub lekarzem psychiatrą.
7. Koszty konsultacji z psychologiem lub psychiatrą dla Dziecka, realizowanej zgodnie z Warunkami KPPD, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2; § 7 ust. 1–3 oraz ust. 5–8 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 6 w związku z § 2; § 7 ust. 4 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA MEDYCZNE I OPIEKUŃCZE NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU DZIECKA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami ŚMNWD**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚMNWD stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚMNWD określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWD wprowadza się następujące definicje:
 - Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - Choroba przewlekła**:
 - stan chorobowy, zdiagnozowany u Dziecka przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, lub

- choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w szpitalu Dziecka w okresie 12 miesięcy przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka zdarzenie będące jedyną przyczyną realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych na rzecz Dziecka, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Dziecka. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagłe);
 - Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została potwierdzona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
 - samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;

- ii. samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
- iii. samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
- iv. poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
- v. samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
- vi. samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały;

- f) **Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWD jest Nieszczęśliwy wypadek Dziecka, który nastąpił w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWD. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. ŚWIADCZENIA MEDYCZNE I OPIEKUŃCZE NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU DZIECKA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych i opiekuńczych związanych z Nieszczęśliwym wypadkiem Dziecka, obejmujących:

Świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka	Limit ilościowy na 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe
a) Tomografia komputerowa – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	25 świadczeń wskazanych w pkt a) - p)
b) Rezonans magnetyczny – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
c) Ultrasonografia – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
d) Badania laboratoryjne – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
e) Zabiegi ambulatoryjne (w tym pozostałe badania radiologiczne) – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
f) Dostarczanie leków lub sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
g) Zakup sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
h) Konsultacje z psychologiem.	
i) Konsultacje z trenerem fitness – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
j) Konsultacje z fizjoterapeutą – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	

k) Wizyty lekarza specjalisty (ortopedy, chirurga, neurochirurga) lub fizjoterapeuty – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
l) Transport medyczny do placówki medycznej.	
l) Transport medyczny z placówki medycznej.	
m) Wizyta lekarza pierwszego kontaktu.	
n) Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową (maraton, triathlon, wyścig etc.).	
o) Zakup lub wypożyczenie przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	
p) Zakwaterowanie rodzica na wypadek pobytu w szpitalu dziecka.	
q) Organizacja oraz pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego – na podstawie skierowania lekarskiego wystawionego przez prowadzącego przebieg leczenia lekarza specjalistę bądź udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	40 zabiegów
r) Pomoc pielęgniarki po pobycie w szpitalu – na podstawie udokumentowanych wskazań/zaleceń medycznych.	do 5 dni
s) Pomoc domowa (gdy nie ma możliwości skorzystania z pomocy osób wspólne zamieszkujących).	do 5 dni (po 4 godziny)
t) Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi.	do 5 dni

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚMNWD nie zostanie zrealizowane, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek Dziecka nastąpi w wyniku:
 - a) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa;
 - b) popełnienia przez Dziecko przestępstwa umyślnego stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - c) umyślnego samookaleczenia, usiłowania samobójstwa;
 - d) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
 - e) leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badaniami;
 - f) zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - g) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - h) wad wrodzonych;
 - i) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - j) Chorób przewlekłych;
 - k) nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie na skutek Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - l) leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba że było ono zalecone przez lekarza;
 - m) wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - n) katastrof naturalnych;
 - o) użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - p) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Dziecko będące w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem

lekarza), a stan ten miał wpływ na wystąpienie wypadku komunikacyjnego;

- q) pełnienia przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju lub uczestnictwa Dziecka w operacjach sił zbrojnych;
 - r) przeprowadzenia rehabilitacji medycznej wymagającej działania w trybie nagłym, w szczególności wchodzącej w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowie ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe).
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów:
- a) świadczeń medycznych i opiekuńczych, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) leczenia urazów i chorób powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstań, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, działania materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
3. Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 7. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia medyczne i opiekuńcze na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie. Koszt połączenia zgodnie z cennikiem opłat operatorów telekomunikacyjnych.
2. W celu skorzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych na skutek Nieszczęśliwego wypadku Dziecka należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony lub Dziecko powinni podać następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - c) numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym;
 - d) imię, nazwisko, PESEL Dziecka lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - e) pokrewieństwa lub powinowactwa;
 - f) datę Nieszczęśliwego wypadku Dziecka;
 - g) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
3. W przypadku braku zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia, tj. dokumentacji potwierdzającej przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczącej innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.
4. W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, Centrum Operacyjne zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie.
5. Czas oczekiwania na realizację świadczeń wynosi:
 - a) do 5 Dni roboczych od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku konsultacji lekarskich, konsultacji z psychologiem po pobycie w szpitalu, konsultacji z trenerem fitness, konsultacji z fizykoterapeutą;
 - b) do 1 Dnia roboczego od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego w przypadku pozostałych świadczeń medycznych i opiekuńczych,
 chyba że Ubezpieczony lub Dziecko wskaże późniejszy termin.
6. Jeśli połączenie z lekarzem nie jest możliwe, jest utrudnione lub trwa zbyt długo, a stan zdrowia lub samopoczucie Dziecka pogarsza się, Ubezpieczony lub Dziecko powinni niezwłocznie zasięgnąć pomocy w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. W przypadku gwałtownego pogorszenia się stanu

zdrowia lub samopoczucia, Ubezpieczony lub Dziecko powinni niezwłocznie skontaktować się z numerem alarmowym 112 w celu wezwania pogotowia ratunkowego lub udać się do najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

7. W przypadku nieuznania naszej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego świadczenia Centrum Operacyjne nie później niż w terminie 3 Dni roboczych, liczonych od otrzymania dokumentów medycznych, poinformuje Ubezpieczonego o odmowie realizacji świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
8. Koszty świadczeń medycznych i opiekuńczych realizowanych zgodnie z Warunkami niniejszej Umowy dodatkowej pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanym dalej „**Warunkami ŚR**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚR stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚR określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR wprowadza się następujące definicje:
 - Macocha** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka albo Partnera lub wdowę po ojcu Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Rodzica, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka albo Partnera lub wdowca po matce Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera;
- Rodzic** – ojciec lub matka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera, a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka albo Partnera.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR jest śmierć Rodzica, która nastąpiła w okresie naszej odpowiedzialności w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR, z zastrzeżeniem że w okresie 6 miesięcy, licząc od tej daty, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do zdarzeń powstałych na skutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej (Karencja). Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie obowiązywania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Rodzica niespowodowanej

Nieszczęśliwym wypadkiem w okresie 6 miesięcy od daty takiej zmiany ograniczać się będzie do wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed datą zmiany (Karencja).

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W niniejszej umowie dodatkowej wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności nie mają zastosowania.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Rodzica określonej w Polisie, z zastrzeżeniem § 4.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚR.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚR ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) aktualny odpis skróconego aktu małżeństwa – w przypadku śmierci Rodzica Małżonka;
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA NA SKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami ŚRNW**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚRNW stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚRNW określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW wprowadza się następujące definicje:
 - Macocha** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka albo Partnera lub wdowę po ojcu Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie będące jedyną przyczyną śmierci Rodzica, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennego mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka albo Partnera lub wdowca po matce Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera;
- Rodzic** – ojciec lub matka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera, a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka albo Partnera.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW jest śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Rodzica były obrażenia ciała powstałe na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - śmierć Rodzica nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - Nieszczęśliwy wypadek i śmierć Rodzica nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w wyniku:
 - a) wypadku komunikacyjnego spowodowanego przez Rodzica będącego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Rodzica na skutek Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚRNW.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRNW ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę) – jeśli są one w posiadaniu wnioskującego;
 - f) kopię aktualnego odpisu skróconego aktu małżeństwa – w przypadku śmierci Rodzica Małżonka;
 - g) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Śmierci Rodzica na skutek Wypadku komunikacyjnego rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 3 w związku z § 2; § 4 w związku z § 2; § 6 w związku z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 5 w związku z § 2.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA NA SKUTEK WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodzica na skutek Wypadku komunikacyjnego, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanych dalej „**Warunkami ŚRWK**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWU**”).
- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami ŚRWK stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

- Stosowanym w niniejszych Warunkach ŚRWK określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
- Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK wprowadza się następujące definicje:
 - Macocha** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka albo Partnera lub wdowę po ojcu Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędącą biologiczną matką Małżonka albo Partnera;
 - Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka albo Partnera lub wdowca po matce Małżonka albo Partnera

(o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędącego biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera;

- Pojazd komunikacyjny** – środek transportu dopuszczony i przeznaczony do:
 - poruszania się po drodze w rozumieniu przepisów ustawy Prawo o ruchu drogowym z wyłączeniem quadów, rowerów, wózków rowerowych, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego;
 - przewozu osób lub rzeczy poruszający się po szynach;
 - poruszania się po śródlądowych drogach wodnych w rozumieniu przepisów Ustawy o żegludze śródlądowej, a także do żeglugi morskiej w rozumieniu przepisów Kodeksu morskiego;
 - poruszania się w ruchu powietrznym, będący samolotem pasażerskim koncesjonowanych linii lotniczych;
- Rodzic** – ojciec lub matka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera, a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka albo Partnera;
- Wypadek komunikacyjny** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica zdarzenie, które wystąpiło z udziałem Pojazdu komunikacyjnego będącego w ruchu, będące jedyną przyczyną śmierci Rodzica i niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Rodzica. Wypadkiem komunikacyjnym jest także wypadek powstały w czasie, gdy Rodzic nie poruszał się Pojazdem komunikacyjnym, ale został przez niego uderzony.

§ 3. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK jest śmierć Rodzica na skutek Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- a) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Rodzica były obrażenia ciała powstałe na skutek Wypadku komunikacyjnego Rodzica;
- b) śmierć Rodzica nastąpiła w terminie nieprzekraczającym 1 roku, licząc od daty Wypadku komunikacyjnego;
- c) Wypadek komunikacyjny Rodzica i śmierć Rodzica nastąpiły w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK.

§ 4. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Rodzica na skutek Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w wyniku:
 - a) prowadzenia przez Rodzica Pojazdu komunikacyjnego bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - b) popełnienia przez Rodzica czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, które zostało stwierdzone prawomocnym wyrokiem sądu;
 - c) pozostawania przez Rodzica w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, po użyciu lub pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (z wyjątkiem środków zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza), a stan ten miał wpływ na zaistnienie Wypadku komunikacyjnego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zasady i przesłanki wypłaty Świadczeń uregulowane są w § 16 OWU, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego paragrafu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w § 3 wypłacimy Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK w wysokości Sumy ubezpieczenia aktualnej na datę śmierci Rodzica na skutek Wypadku komunikacyjnego, określonej w Polisie.
3. Wypłata Świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez nas kompletu dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności zgodnie z Warunkami ŚRWK.
4. Prawo do Świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków ŚRWK ustalimy w oparciu o:
 - a) prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) odpis skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - d) kartę zgonu lub – jeśli uzyskanie jej nie jest możliwe – inną dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę śmierci;
 - e) dokumenty dotyczące okoliczności wypadku wydane przez organ prowadzący postępowanie (np. policję, prokuraturę);
 - f) inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia zasadności roszczenia – na nasz wniosek.

Informacja do Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczny rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie

Rodzaj informacji	Numer zapisu
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 1 ust. 2; § 4 w związku z § 2 i § 3; § 5 w związku z § 2 i § 3; § 6 w związku z § 2 i § 3; § 8 ust. 1–4 oraz ust. 6–7 w związku z § 2 i § 3.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1 ust. 2; § 7 w związku z § 2 i § 3; § 8 ust. 5 w związku z § 2 i § 3.

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczny, które zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r. (zwanymi dalej „**Warunkami AM**”), stosuje się do Umowy dodatkowej rozszerzającej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „**OWU**”).
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami AM stosuje się postanowienia OWU, Polisy oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

§ 2. DEFINICJE

1. Stosowanym w niniejszych Warunkach AM określeniom nadaje się znaczenia zdefiniowane w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Na potrzeby Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AM wprowadza się następujące definicje:
 - a) **Assistance Medyczny** – świadczenia medyczne i opiekuńcze realizowane przez Centrum Operacyjne;
 - b) **Centrum Operacyjne** – podmiot współpracujący z nami w zakresie organizacji i realizacji świadczeń medycznych i opiekuńczych;
 - c) **Choroba przewlekła**:
 - i. stan chorobowy zdiagnozowany u Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, lub
 - ii. choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka w okresie 12 miesięcy

przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej;

- d) **Dziecko** – dziecko Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera własne lub przysposobione w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, które urodziło się żywe i które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 lat. Jeżeli w stosunku do Dziecka została orzeczona Niezdolność do samodzielnej egzystencji, limit wieku 25 lat nie ma zastosowania;
- e) **Macocha** – aktualna w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żona ojca Ubezpieczonego lub wdowa po ojcu Ubezpieczonego (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego. Za Macochę uważa się również aktualną w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego żonę ojca Małżonka albo Partnera lub wdowę po ojcu Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński), niebędącą biologiczną matką Małżonka albo Partnera;
- f) **Nagła choroba** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający zdrowiu lub życiu odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- g) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica zdarzenie, niemające źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału mięśnia sercowego, udaru krwotocznego i niedokrwiennej mózgu, zatrucia pokarmowego ani żadnych innych chorób lub infekcji (w tym występujących nagle);

- h) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – stan, w którym dziecko przez okres przynajmniej 6 miesięcy jest całkowicie niezdolne do wykonania (z pomocą lub bez pomocy) co najmniej trzech z sześciu niżej wymienionych podstawowych czynności życia codziennego:
- samodzielne wzięcie prysznica lub kąpeli (w tym samodzielne wejście do wanny lub pod prysznic i wyjście z wanny lub spod prysznica) lub samodzielne wykonanie wszystkich zabiegów umożliwiających zachowanie zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne wkładanie i zdejmowanie wszystkich niezbędnych części garderoby, w tym – w stosownych przypadkach – wszelkich aparatów ortopedycznych, protez czy innych przyrządów medycznych;
 - samodzielne przemieszczanie się z łóżka na krzesło lub fotel inwalidzki i z powrotem;
 - poruszanie się między pomieszczeniami na poziomie jednej kondygnacji;
 - samodzielne korzystanie z toalety lub zdolność do utrzymania zadowalającego poziomu higieny osobistej;
 - samodzielne spożywanie przygotowanych i podanych posiłków.

Stan, o którym mowa powyżej, musi być potwierdzony przez lekarza jako trwały.

- Ojczym** – aktualny w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego mąż matki Ubezpieczonego lub wdowiec po matce Ubezpieczonego (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego. Za Ojczyma uważa się również aktualnego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego męża matki Małżonka albo Partnera lub wdowca po matce Małżonka albo Partnera (o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński), niebędącego biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera;
- Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca odpowiednio z Ubezpieczonym, Małżonkiem albo Partnerem, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki;
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- Poronienie** – przedwczesne, samoistne zakończenie ciąży przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni);
- Rodzic** – ojciec lub matka (w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera, a także Ojczym lub Macocha, o ile nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego lub o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka albo Partnera;
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobieżenia zdarzenie, które uniemożliwia wykonanie lub powoduje opóźnienie w wykonaniu świadczenia przez Centrum Operacyjne;
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający odpowiednio Ubezpieczonemu, Małżonkowi albo Partnerowi lub Dziecku samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortozy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jewetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;

- Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta. Szpitalem nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowski, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowski, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjny – opiekuńczy;
- Transport medyczny** – transport zapewniony odpowiednio Ubezpieczonemu, Małżonkowi albo Partnerowi lub Dziecku, dostosowany do jego stanu zdrowia, jeżeli jego stan zdrowia w opinii lekarza prowadzącego leczenie lub dyspozytora pogotowia ratunkowego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów na wizyty kontrolne oraz do poradni rehabilitacyjnej;
- Trudna sytuacja losowa** – zaistniałe w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej nagłe i nieprzewidziane zdarzenie, tj. Nagła choroba Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, Urodzenie Dziecka martwego, Poronienie przez Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, śmierć Dziecka, śmierć Małżonka, śmierć Rodzica;
- Urodzenie Dziecka** – urodzenie żywego Dziecka Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, co zostało potwierdzone w odpisie skróconym aktu urodzenia;
- Urodzenie dziecka martwego** – urodzenie martwego dziecka po upływie 22. tygodnia ciąży, potwierdzone odpowiednią adnotacją w odpisie skróconego aktu urodzenia dziecka w którym Ubezpieczony, Małżonek albo Partner widnieje jako rodzic.

§ 3. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE MEDYCZNY

Za świadczenia Assistance Medyczny objęte naszą odpowiedzialnością uważa się jedynie świadczenia wskazane poniżej:

- Dostarczenie leków** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera lub Dziecka, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia do miejsca zamieszkania odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera lub Dziecka leków zaordynowanych przez lekarza prowadzącego leczenie, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie odpowiednio Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner lub Dziecko wymagają leżenia. Koszty leków pokrywa Ubezpieczony lub Małżonek albo Partner.
- Infolinia baby assistance** – w ramach Infolinii baby assistance zapewnimy odpowiednio Ubezpieczonemu lub Małżonkowi albo Partnerowi dostęp do informacji dotyczących:
 - objawów ciąży;
 - badan prenatalnych;
 - wskazówek w zakresie przygotowania się do porodu;
 - danych teleadresowych szkół rodzenia;
 - pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
 - karmienia noworodka;
 - obowiązkowych szczepień niemowląt;
 - pielęgnacji noworodka i opieki nad nim.
- Infolinia medyczna** – w ramach Infolinii medycznej zapewnimy odpowiednio Ubezpieczonemu, Małżonkowi albo Partnerowi lub Dziecku dostęp do informacji dotyczących:
 - niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych;
 - diet, zasad zdrowego odżywiania;

- c) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży;
 - d) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - e) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - f) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny;
 - g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
 - h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.
4. **Opieka nad dorosłymi Osobami niesamodzielnymi i Dziećmi** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki nad Osobami niesamodzielnymi oraz Dziećmi zamieszkującymi wraz z odpowiednio Ubezpieczonym lub z Małżonkiem albo Partnerem. Opieka nad dorosłymi Osobami niesamodzielnymi oraz Dziećmi jest realizowana na wniosek odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera i za ich pisemną zgodą. Pokrywamy koszty opieki nad Osobami niesamodzielnymi i Dziećmi przez maksymalnie 5 dni;
 5. **Opieka nad dorosłymi Osobami niesamodzielnymi w razie Nieszczęśliwego wypadku** – w razie Nieszczęśliwego wypadku Osoby niesamodzielnej zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki nad Osobą niesamodzielną zamieszkującą wraz z odpowiednio Ubezpieczonym lub Małżonkiem albo Partnerem. Opieka nad Osobą niesamodzielną jest realizowana na wniosek odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera i za ich pisemną zgodą. Pokrywamy koszty opieki nad Osobami niesamodzielnymi w razie ich Nieszczęśliwego wypadku przez maksymalnie 5 dni;
 6. **Opieka nad Dzieckiem w razie Nieszczęśliwego wypadku** – w razie Nieszczęśliwego wypadku Dziecka zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki nad Dzieckiem zamieszkującym wraz z odpowiednio Ubezpieczonym lub z Małżonkiem albo Partnerem. Opieka nad Dzieckiem w razie Nieszczęśliwego wypadku jest realizowana na wniosek odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera i za jego pisemną zgodą. Pokrywamy koszty opieki nad Dzieckiem w razie Nieszczęśliwego wypadku przez maksymalnie 5 dni.
 7. **Opieka nad zwierzętami domowymi** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera zapewnimy organizację i pokryjemy:
 - a) koszty opieki nad zwierzętami domowymi, czyli psem lub kotem, w miejscu zamieszkania odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera;
 - b) koszty transportu zwierząt domowych, czyli psa lub kota, do osoby do opieki wskazanej pisemnie odpowiednio przez Ubezpieczonego lub przez Małżonka albo przez Partnera, sprawującej opiekę nad zwierzętami domowymi, lub do placówki wskazanej odpowiednio przez Ubezpieczonego lub przez Małżonka albo przez Partnera.
 Opieka nad zwierzętami domowymi jest realizowana na wniosek odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera i za pisemną zgodą oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych.
 8. **Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty procesu rehabilitacyjnego, jeżeli odpowiednio Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu zamieszkania. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo koszty wizyty fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka.
 9. **Organizacja prywatnych lekcji dla Dziecka** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Dziecka pokryjemy koszty organizacji prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania Dziecka w okresie maksymalnie 90 dni od daty końcowej zwolnienia lekarskiego, jeżeli zostało ono wystawione przez lekarza prowadzącego leczenie na okres dłuższy niż 7 dni.
 10. **Osobisty asystent dla Rodzica** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Rodzica zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wynagrodzenia osobistego asystenta, który będzie towarzyszył Rodzicowi podczas transportu na wizytę kontrolną (zaleconą w sporządzonym na piśmie przez lekarza prowadzącego leczenie skierowaniu) do i z Placówki medycznej oraz będzie służył pomocą w rejestracji w Placówce medycznej i przy wypisie z niej.
 11. **Pobyt opiekuna** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Dziecka zapewnimy organizację i pokryjemy koszty pobytu jednego opiekuna Dziecka w Szpitalu, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych lub w hotelu przyszpitalnym.
 12. **Pomoc domowa** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera zapewnimy organizację i pokryjemy koszty pomocy domowej. Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłków, robieniu zakupów, pomocy w ubieraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków, takich jak odkurzanie, mycie podłóg, mycie naczyń. W zakres usługi nie wchodzi mycie okien, odsuwanie mebli. Pokrywamy koszty Pomocy domowej przez maksymalnie 5 dni po 4 godziny dziennie.
 13. **Pomoc domowa oraz pielęgnarska dla Rodzica** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Rodzica zapewnimy organizację i pokryjemy koszty pomocy domowej oraz pielęgnarskiej dla Rodzica, w związku ze sporządzonym na piśmie przez lekarza prowadzącego leczenie zaleceniem pomocy pielęgniarstwa w miejscu zamieszkania Rodzica.
 14. **Pomoc psychologa w Trudnej sytuacji losowej** – w przypadku wystąpienia w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej Trudnej sytuacji losowej dotyczącej odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera zapewnimy organizację i pokryjemy koszty pomocy psychologa dla odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera.
 15. **Przewóz Dziecka do osoby wyznaczonej do opieki** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera zapewnimy organizację i pokryjemy koszty przewozu Dziecka do miejsca zamieszkania osoby do opieki wyznaczonej pisemnie odpowiednio przez Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera oraz powrotu Dziecka. Przewóz Dziecka do osoby do opieki odbywa się pod opieką osoby wskazanej przez Centrum Operacyjne. Przewóz Dziecka do osoby do opieki jest realizowany na wniosek odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Dziecka nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować. Pokrywamy koszt biletów autobusowych lub kolejowych pierwszej klasy koniecznych do przewozu Dziecka do osoby do opieki.
 16. **Transport medyczny do Placówki medycznej** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka wymagających udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty Transportu medycznego do Placówki medycznej, jeżeli zgodnie z uzyskaną informacją w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.
 17. **Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka zapewnimy organizację i pokryjemy koszty Transportu medycznego pomiędzy Placówkami medycznymi, jeżeli odpowiednio Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko przebywa w Placówce medycznej, która w opinii lekarza prowadzącego leczenie nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia lub gdy odpowiednio Ubezpieczony, Małżonek

albo Partner lub Dziecko zostali skierowanie przez lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej.

18. **Transport medyczny z Placówki medycznej** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka zapewnimy organizację i pokryjemy koszty Transportu medycznego z Placówki medycznej do wskazanego miejsca, jeżeli odpowiednio Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko wymaga takiego transportu zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie.
19. **Transport Rodzica na wizytę kontrolną** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku Rodzica zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu na wizytę kontrolną na podstawie sporządzonego na piśmie przez lekarza prowadzącego leczenie skierowania na wizytę kontrolną, o ile w opinii operatora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
20. **Wizyta lekarza internisty lub lekarza pediatry** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, zapewnimy:
 - a) organizację i pokrycie kosztów telekonsultacji lub wizyty odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka u lekarza internisty,
 - b) pokrycie kosztów dojazdu lekarza internisty do miejsca zamieszkania odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, oraz kosztów wynagrodzenia lekarza,
 - c) organizację i pokrycie kosztów telekonsultacji lub wizyty Dziecka u lekarza pediatry w Placówce medycznej lub pokrycie kosztów dojazdu lekarza pediatry do miejsca zamieszkania Dziecka i pokrycie kosztów wynagrodzenia lekarza, jeżeli w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia.

Pokrywamy koszty wizyty lekarza internisty lub lekarza pediatry związane z Nagłą chorobą za maksymalnie 3 wizyty domowe lub w Placówce medycznej w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia oraz maksymalnie 6 telekonsultacji w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia. Wskazany limit dotyczy każdego uprawnionego z osobna.
21. **Wizyta u lekarza specjalisty** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka na podstawie skierowania lub pisemnego zlecenia lekarza prowadzącego leczenie zapewniamy organizację i pokrywamy koszty telekonsultacji lub wizyty w Placówce medycznej odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka u lekarza specjalisty, tj. chirurga, ortopedy, laryngologa, okulisty, neurologa, kardiologa, lekarza rehabilitacji medycznej, pulmonologa, otolaryngologa, neurochirurga i pokrywamy koszty wynagrodzenia lekarza specjalisty. Pokrywamy koszty wizyty u lekarza specjalisty związane z Nagłą chorobą za maksymalnie 3 wizyty w każdym 12-miesięcznym

okresie ubezpieczenia oraz maksymalnie 6 telekonsultacji w każdym 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia. Wskazany limit dotyczy każdego uprawnionego z osobna.

22. **Wizyta pielęgniarki** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka oraz pokryjemy koszty wynagrodzenia pielęgniarki, jeżeli zgodnie ze sporządzonym na piśmie przez lekarza prowadzącego leczenie zaleceniem taka wizyta jest wymagana.
23. **Wizyta położnej** – w przypadku urodzenia Dziecka przez odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dojazdu położnej do miejsca zamieszkania odpowiednio Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera oraz pokryjemy koszty wynagrodzenia położnej w okresie trzydziestu dni po wyjściu matki ze Szpitala w związku z porodem. Pokrywamy koszty jednej wizyty położnej związanej z jednym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.
24. **Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego** – w razie Nagłej choroby lub Nieszczęśliwego wypadku odpowiednio Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli odpowiednio Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie powinni używać Sprzętu rehabilitacyjnego. Świadczenia Assistance Medycznej realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 4. ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AM jest:
 - a) Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które nastąpiły w życiu Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica;
 - b) Trudna sytuacja losowa lub Urodzenie Dziecka, które nastąpiły w życiu Ubezpieczonego lub Małżonka albo Partnera, które nastąpiły w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy dodatkowej.

§ 5. OKRES TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nasza odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia objęcia tego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AM. Zasady rozpoczęcia i zakończenia naszej odpowiedzialności określają OWU, chyba że Polisa stanowi inaczej.

§ 6. ZAKRES ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE MEDYCZNY

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnimy i pokryjemy koszty świadczeń Assistance Medycznej do łącznej kwoty w wysokości 10 000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe niezależnie od liczby osób uprawnionych do świadczenia z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zakresem oraz dodatkowymi limitami wskazanymi w Tabeli poniżej.

Lp.	Świadczenia asystance medycznej	Limit ilościowy na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zalecenie lekarza prowadzącego leczenie	Kto może skorzystać ze świadczeń asystance medycznej
1.	Dostarczenie leków		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
2.	Infolinia baby assistance		-	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner

3.	Infolinia medyczna		–	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
4.	Opieka nad dorosłymi Osobami niesamodzielnymi i Dziećmi	max. 5 dni	Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
5.	Opieka nad dorosłymi Osobami niesamodzielnymi w razie ich Nieszczęśliwego wypadku	max. 5 dni	Nieszczęśliwy wypadek Osoby niesamodzielnej	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
6.	Opieka nad Dzieckiem w razie Nieszczęśliwego wypadku	max. 5 dni	Nieszczęśliwy wypadek Dziecka	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
7.	Opieka nad zwierzętami domowymi		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
8.	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
9.	Organizacja prywatnych lekcji dla Dziecka		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Dziecka	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
10.	Osobisty asystent dla Rodzica		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Rodzica	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
11.	Pobyt opiekuna		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Dziecka	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
12.	Pomoc domowa	max. 5 dni (po 4 godzin)	Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
13.	Pomoc domowa oraz pielęgnarska dla Rodzica		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Rodzica	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
14.	Pomoc psychologa w Trudnej sytuacji losowej		Trudna sytuacja losowa Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
15.	Przewóz Dziecka do osoby wyznaczonej do opieki		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
16.	Transport medyczny do Placówki medycznej		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
17.	Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
18.	Transport medyczny z Placówki medycznej		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
19.	Transport Rodzica na wizytę kontrolną		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Rodzica	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
20.	Wizyta lekarza internisty lub lekarza pediatry	Wizyty domowe lub w Placówce medycznej związane z Nagłą chorobą – 3 wizyty w ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia w odniesieniu do każdego uprawnionego z osobna Telekonsultacje związane z Nagłą chorobą – 6 telekonsultacji w ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia w odniesieniu do każdego uprawnionego z osobna.	Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
21.	Wizyta u lekarza specjalisty	Wizyty w Placówce medycznej związane z Nagłą chorobą – 3 wizyty w ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia w odniesieniu do każdego uprawnionego z osobna Telekonsultacje związane z Nagłą chorobą – 6 telekonsultacji w ciągu 12-miesięcznego okresu ubezpieczenia w odniesieniu do każdego uprawnionego z osobna,	Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko

22.	Wizyta pielęgniarki		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko
23.	Wizyta położnej	1 wizyta związana z 1 Zdarzeniem ubezpieczeniowym	Urodzenie Dziecka przez Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera	NIE	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner
24.	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego oraz jego dostawa		Nagła choroba lub Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego, Małżonka albo Partnera lub Dziecka	TAK	Ubezpieczony, Małżonek albo Partner lub Dziecko

§ 7. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zawartej na podstawie Warunków AM nie zostanie zrealizowane, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:
 - działania wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczą,
 - strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstań, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
 - umyślnego działania Ubezpieczonego lub odpowiednio Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica;
 - popęśnienia przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Małżonka albo Partnera, Dziecko lub Rodzica przestępstwa umyślnego stwierdzonego na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
 - umyślnego samookaleczenia Ubezpieczonego lub odpowiednio Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica;
 - usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Małżonka albo Partnera, Dziecka, Rodzica;
 - leczenia eksperymentalnego i niepotwierdzonego badania-mi;
 - zabiegów ze wskazań estetycznych, niezależnie od powodu ich wykonania;
 - wad wrodzonych;
 - zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
 - Chorób przewlekłych;
 - nieprzestrzegania zaleceń lekarza prowadzącego leczenie;
 - wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu, rozumianego jako regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu;
 - katastrof naturalnych;
 - użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
 - spożycia alkoholu, zażycia środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezarejestrowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
 - chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Klasyfikacji ICD.
- Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów:
 - rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i leków ani zabiegów zapobiegawczych;
 - świadczeń Assistance Medyczny w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;

- wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;
 - leczenia ze wskazań estetycznych, helioterapii, niezależnie od powodu;
 - leczenia urazów i chorób powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstań, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, działania materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za opóźnienia w realizacji świadczeń Assistance Medyczny lub za niewykonanie lub nienależyte wykonanie świadczeń Assistance Medyczny wynikające ze strajków, z niepokojów społecznych, aktów terroryzmu, działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego, epidemii, pandemii, a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych oraz wynikające z działania Siły wyższej.

§ 8. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

- Świadczenia Assistance Medyczny są realizowane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, którego numer infolinii znajduje się w Certyfikacie.
- W celu skorzystania ze świadczeń Assistance Medyczny niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie należy skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Podczas telefonicznego zgłoszenia Ubezpieczony powinien podać następujące informacje:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego lub datę urodzenia w przypadku nieposiadania numeru PESEL;
 - imię, nazwisko i numer PESEL odpowiednio Małżonka albo Partnera, Dziecka lub Rodzica;
 - adres miejsca zdarzenia;
 - numer telefonu, pod którym można się skontaktować z Ubezpieczonym, Małżonkiem albo Partnerem lub Rodzicem;
 - adres zamieszkania;
 - stopień pokrewieństwa albo powinowactwa;
 - opis zdarzenia oraz rodzaj wymaganej pomocy.
- Podczas telefonicznego zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub odpowiednio Małżonek albo Partner lub Dziecko powinni podać dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego dokładny opis okoliczności, w jakich się znajdują, i powiadomić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzowi Centrum Operacyjnego dostęp do wszelkich informacji medycznych.
- Jeśli połączenie z lekarzem nie jest możliwe, jest utrudnione lub trwa zbyt długo, a stan zdrowia lub samopoczucie Ubezpieczonego pogarsza się, Ubezpieczony powinien niezwłocznie zasięgnąć pomocy w innym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. W przypadku gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia lub samopoczucia, Ubezpieczony powinien niezwłocznie skontaktować się z numerem alarmowym 112 w celu wezwania pogotowia ratunkowego lub udać się do najbliższego podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
- W przypadku zorganizowania usługi we własnym zakresie, bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, Centrum Operacyjne zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniosłoby w przypadku zorganizowania usług we własnym zakresie. Roszczenie zostanie

rozpatrzone po przedłożeniu pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. kserokopii diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz kopii rachunków i dowodów ich zapłaty.

6. Koszty Assistance Medycznego, realizowane zgodnie z Warunkami AM, pokrywane są bezpośrednio na rzecz podmiotów lub placówek medycznych realizujących te świadczenia.
7. Czas oczekiwania na realizację usługi Assistance Medyczny wynosi do 1 Dnia roboczego, liczonego od daty zgłoszenia do Centrum Operacyjnego, w przypadku wizyt lekarskich.

ZAŁĄCZNIKI DO WARUNKÓW UMÓW DODATKOWYCH

Tabela Norm NW

Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu

Niniejsza Tabela Norm Oceny Procentowej Uszczerbku na Zdrowiu (zwana dalej „Tabelą Norm NW”) stanowi integralną część następujących Warunków umów dodatkowych:

- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami UNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą (zwanych dalej „Warunkami UNWP”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego wypadku ze Świadczeniami wypłacanymi w ratach (zwanych dalej „Warunkami TUNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami UMPNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą (zwanych dalej „Warunkami UMPNWP”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami UDNW”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku z progresywną wypłatą (zwanych dalej „Warunkami UDNWP”).

Stosowanym w niniejszej Tabeli Norm NW określeniom (pisanym wielką literą) nadaje się znaczenie zdefiniowane w OWU, Warunkach UNW, Warunkach UNWP, Warunkach TUNW, Warunkach UMPNW, Warunkach UMPNWP, Warunkach UDNW lub Warunkach UDNWP, chyba że Tabela Norm NW definiuje je w inny sposób.

Na potrzeby Tabeli Norm poniżej wskazanym pojęciom nadaje się następujące znaczenie:

- **Rana** – uszkodzenie skóry lub tkanki podskórnej zaopatrzone chirurgicznie, przy czym zaopatrzenie chirurgiczne należy rozumieć jako zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych;
- **1% TBSA** – powierzchnia odpowiadająca powierzchni dłoni dorosłej osoby wraz z palcami;
- **Reguła dziewiątek Wallace’a** – reguła stosowana przy ocenie powierzchni oparzenia, zgodnie z którą: (a) powierzchnia głowy lub powierzchnia każdej z kończyn górnych to 9% powierzchni ciała, (b) powierzchnia brzucha to 9% powierzchni ciała, (c) powierzchnia klatki piersiowej to 9% powierzchni ciała, (d) powierzchnia tylna tułowia to 18% powierzchni ciała, (e) powierzchnia każdej z kończyn dolnych to 18% powierzchni ciała;
- **Hospitalizacja** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu, trwający co najmniej 1 dzień rozumiany jako jedna zmiana daty;
- **Unieruchomienie** – unieruchomienie stawu lub kości poprzez zastosowanie: gipsu, ortezu, stabilizatora, kołnierza ortopedycznego, gorse-tu, szyny lub chusty trójkątnej, potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Ważne:

- Przy oparzeniach mieszanych I/II stopnia lub przy oparzeniach II/III stopnia uznaje się wyższy stopień oparzenia.
- Jeśli ten sam uraz leczony jest zachowawczo oraz operacyjnie, Uszczerbek na zdrowiu przyznawany jest wyłącznie z tytułu leczenia operacyjnego i z tego tytułu wypłacane jest Świadczenie.

A. USZKODZENIA GŁOWY		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
1. Uszkodzenie powłok czaszki zaopatrzone chirurgicznie (bez uszkodzeń kostnych):		
a) Rana owłosionej skóry głowy o rozmiarze od 3 cm do 10 cm		1
b) Rana owłosionej skóry głowy o rozmiarze powyżej 10 cm		5
c) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze do 2 cm		1
d) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze od 3 cm do 5 cm		4
e) utrata skóry owłosionej, oskalpowanie o rozmiarze powyżej 5 cm		10
2. Złamania kości czaszki:		
a) sklepienia (za każdą kość)		2
b) podstawy (za każdą kość)		5
3. Rozpoznane wstrząśnienie mózgu w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) z Hospitalizacją 1-2 dni		1
b) z Hospitalizacją 3-5 dni		2
c) z Hospitalizacją 6-10 dni		5
d) z Hospitalizacją powyżej 10 dni		10
4. Krwaki i krwotoki śródczaszkowe w następstwie urazu czaszkowo-mózgowego:		
a) krwiak pourazowy śródczaszkowy potwierdzony w badaniach obrazowych mózgu (RM, TK) – leczony zachowawczo		5
b) krwiak pourazowy śródczaszkowy – leczony operacyjnie		20

5. Uszkodzenie nerwów czaszkowych (za każdy):	
a) bloczkowy, dodatkowy, podjęzykowy	2
b) okoruchowy, odwodzący, trójdzielny, twarzowy, błędny, językowo-gardłowy	5
B. USZKODZENIA TWARZY	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
6. Uszkodzenia powłok twarzy (rany i ubytki):	
a) Rana twarzy o rozmiarze od 2 cm do 8 cm	1
b) Rana twarzy o rozmiarze powyżej 8 cm	10
c) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	5
7. Uszkodzenia nosa (Złamanie wymaga potwierdzenia w badaniach obrazowych):	
a) Złamanie kości nosa lub przegrody nosa wieloodłamowe z przemieszczeniem	5
b) Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1
d) utrata części nosa wymagająca operacji rekonstrukcyjnej	7
e) utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	30
8. Utrata zębów:	
a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
i. utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
ii. utrata korony (co najmniej ½ korony) i/lub korzenia	1
b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
i. utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
ii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
9. Złamania kości twarzoczaszki (kości oczodołów, kości szczękowych, kości jarzmowych):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne Złamania	1
10. Utrata szczęki lub żuchwy:	
a) częściowa	15
b) całkowita	40
11. Złamania żuchwy:	
a) Złamanie wieloodłamowe, z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne Złamania	1
12. Ubytek podniebienia	
	15
13. Urazy języka:	
a) Rana języka	1
b) częściowa utrata języka	3
c) całkowita utrata języka	50
C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
(uszkodzenia nie podlegają sumowaniu)	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
14. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
15. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych, drażących, urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym lub energią elektryczną:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka	5
c) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku obojga oczu	15
d) z całkowitą utratą widzenia jednego oka	35
e) z całkowitą utratą widzenia obojga oczu	100
f) utrata gałki ocznej	40

16. Ubytki pola widzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
17. Bezsoczewkowość pourazowa:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30
18. Uszkodzenie przewodów łzowych leczone operacyjnie:	
a) w jednym oku	5
b) w obojgu oczach	15
19. Odwarstwienie siatkówki jednego oka wyłącznie po urazie oka lub głowy:	
a) bez zaburzeń ostrości wzroku	2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku jednego oka	5
c) z całkowitą utratą wzroku jednego oka	35
20. Jaskra wtórna pourazowa wyłącznie po urazie oka lub głowy	3
21. Wytrzeszcz tętniący pourazowy	40
Ważne: Ostrość wzroku zawsze określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.	
D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU (uszkodzenia nie podlegają sumowaniu)	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
22. Urazy małżowiny usznej:	
a) Rana (każda)	1
b) utrata części małżowiny	2
c) utrata części małżowiny leczona operacyjną rekonstrukcją	7
d) całkowita utrata jednej małżowiny	15
e) całkowita utrata obu małżowin	30
f) oparzenie małżowiny od II stopnia	1
23. Uszkodzenie pourazowe ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, ucha wewnętrznego:	
a) bez utraty słuchu jednostronne	2
b) z częściową jednostronną utratą słuchu	5
c) z całkowitą jednostronną utratą słuchu	20
d) z częściową obustronną utratą słuchu	10
e) z całkowitą obustronną utratą słuchu	50
24. Porażenie nerwu twarzowego (łącznie z pęknięciem kości skalistej):	
a) jednostronne	20
b) dwustronne	40
E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY PRZĘŁYKU	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
25. Uszkodzenie gardła, krtani lub tchawicy leczone:	
a) endoskopowo	2
b) operacyjnie (zabiegi otwarte)	7
c) odtwórczo, rekonstrukcyjnie	30
26. Uszkodzenie przełyku leczone:	
a) endoskopowo	2
b) operacyjnie (zabiegi otwarte)	7
c) odtwórczo, rekonstrukcyjnie	30

27. Uszkodzenie skóry szyi:	
a) Rana (każda)	1
b) Oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	2
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
28. Urazy części miękkich klatki piersiowej lub grzbietu (niewymienione w pkt 29 poniżej):	
a) Rana o rozmiarze od 3 cm do 10 cm (każda)	1
b) Rana o rozmiarze powyżej 10 cm (każda)	3
c) Oparzenia od II stopnia – za każde 2% TBSA	1
29. Uszkodzenie lub utrata sutka:	
a) Rana brodawki lub sutka	2
b) częściowa lub całkowita utrata brodawki	3
c) krwaki sutka wymagające nacięcia	2
d) częściowa utrata sutka	5
e) całkowita utrata sutka	20
30. Złamanie żeber – potwierdzone radiologicznie (RTG, TK, RM):	
a) Złamanie 1 żebra	1
b) Złamanie od 2 do 4 żeber	2
c) Złamanie od 5 do 10 żeber	7
d) Złamanie powyżej 10 żeber	10
31. Złamanie mostka:	
a) bez przemieszczenia	2
b) z przemieszczeniem	4
c) Złamania wieloodłamowe z przemieszczeniem	6
32. Uszkodzenie płuc i opłucnej:	
a) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone zachowawczo	2
b) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone wyłącznie drenażem opłucnej	5
c) krwiak opłucnej lub odma opłucnej leczone operacyjnie	10
d) utrata części płuca	15
e) utrata całego płuca	30
33. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) uszkodzenia serca leczone poprzez nakłucia osierdzia	10
b) uszkodzenia serca lub osierdzia leczone operacyjnie	30
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
34. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej:	
a) Rana o rozmiarze od 3 cm do 10 cm	1
b) Rana o rozmiarze powyżej 10 cm	3
c) oparzenia od II stopnia – za każde 3% TBSA	1
d) Rany, rana powięzi lub rana mięśni leczone operacyjnie bez otwierania jamy otrzewnej	3
e) Rany brzucha leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej	5
35. Uszkodzenie żołądka, jelit, sieci lub krezki jelita:	
a) leczone endoskopowo	2
b) leczone operacyjnie, bez utraty narządów jamy brzusznej	5
c) utrata części żołądka, jelita cienkiego lub grubego	10
36. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy (aorta brzuszna, tętnice biodrowe wspólne, zewnętrzne i wewnętrzne, żyła główna dolna i żyły biodrowe wspólne) leczone operacyjnie	
	10
37. Uszkodzenie odbytnicy, odbytu, zwieracza odbytu:	
a) leczone chirurgicznie bez otwarcia jamy otrzewnej	3
b) leczone chirurgicznie z otwarciem jamy otrzewnej	5
c) zaopatrzone sztucznym odbytem (stomią)	20

38. Uszkodzenie śledziony:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata śledziony	15
39. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata pęcherzyka żółciowego, fragmentu wątroby lub fragmentu trzustki	10
d) utrata całkowita wątroby lub trzustki	100
H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH	
PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU	
40. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu potwierdzone badaniem obrazowym – USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata częściowa nerki	15
d) utrata całkowita nerki	30
e) utrata obu nerek	100
41. Uszkodzenie moczowodu:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
42. Uszkodzenie pęcherza moczowego:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie	10
c) utrata całkowita pęcherza moczowego	50
43. Uszkodzenia cewki moczowej:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone endoskopowo	5
c) leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15
44. Uszkodzenia prącia:	
a) Rany, uszkodzenia leczone miejscowym zaopatrzeniem chirurgicznym	3
b) częściowa utrata prącia	10
c) całkowita utrata prącia	40
45. Uszkodzenie lub utrata jądra, jajnika:	
a) uszkodzenie leczone zachowawczo (wodniak, krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym USG, TK, RM)	2
b) uszkodzenie leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
c) utrata częściowa	10
d) utrata całkowita	20
e) utrata całkowita obu jąder lub obu jajników	40
46. Utrata macicy	
	40
47. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy:	
a) Rana	3
b) uszkodzenia skóry, mięśni, powięzi leczone miejscowym zaopatrzeniem chirurgicznym	7
c) uszkodzenie leczone operacyjnie, rekonstrukcyjnie, odtwórczo	15

I. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO ICH NASTĘPSTWA		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
48. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym (C1–C7) potwierdzone badaniami dodatkowymi: RTG czynnościowe, TK, RM:		
a) skręcenie z Unieruchomieniem		2
b) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)		5
c) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)		7
d) Złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)		1
49. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1–Th10) potwierdzone badaniami dodatkowymi: RTG czynnościowe, TK, RM:		
a) skręcenie z Unieruchomieniem		2
b) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)		5
c) Złamanie trzonów lub łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)		7
d) Złamanie wyrostków kolczystych lub poprzecznych (każdy)		1
50. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11–L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi: RTG czynnościowe, TK, RM:		
a) skręcenie z Unieruchomieniem		2
b) Złamanie trzonów i łuków kręgów leczone zachowawczo (każdy)		5
c) Złamanie trzonów i łuków kręgów leczone operacyjnie (każdy)		7
d) Złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych (każdy)		1
51. Urazy rdzenia kręgowego:		
a) uszkodzenie rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych – RM, TK – rozpoznane jednoznacznie w szpitalu, leczone zachowawczo		5
b) uszkodzenie rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych – RM, TK – rozpoznane jednoznacznie w szpitalu, leczone operacyjnie		20
J. USZKODZENIA MIEDNICY		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
52. Pourazowe rozejście się spójenia łonowego:		
a) leczone zachowawczo		2
b) leczone operacyjnie		5
53. Zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego		10
54. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej (jednomiejscowe lub wielomiejscowe):		
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa)		2
b) w odcinku przednim – kość łonowa i kulszowa lub obustronne		5
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a) bez przemieszczenia (kość łonowa, kość kulszowa, kość krzyżowa)		10
d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem (kość łonowa, kość kulszowa, kość krzyżowa)		20
55. Złamanie panewki stawu biodrowego:		
a) tylnej kolumny, tylnej krawędzi		15
b) przedniej kolumny, przedniej krawędzi		7
c) zwichnięcie centralne I stopnia		7
d) zwichnięcie centralne II stopnia		10
e) zwichnięcie centralne III stopnia		20
f) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego		20
56. Izolowane złamanie kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:		
a) jednomiejscowe nieprzemieszczone złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej		2
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – z przemieszczeniem		4
c) wielomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej bez przemieszczenia		5
d) wielomiejscowe złamanie kości miednicy i/lub kości krzyżowej z przemieszczeniem		10
e) izolowane złamania talerza kości biodrowej, kolców biodrowych, guza kulszowego		3
f) złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia		2
g) złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem		4

K. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
ŁOPATKA		
57. Złamania łopatki:		
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów		8
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem		4
c) inne Złamania		1
OBOJCZYK		
58. Złamania obojczyka:		
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów		6
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem		2
c) inne Złamania		1
59. Uszkodzenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego:		
a) zwinięcie I stopnia		1
b) zwinięcie II stopnia		3
c) zwinięcie III stopnia		5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		
60. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwinięcia, Złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku:		
a) skręcenie z Unieruchomieniem		2
b) zwinięcie wymagające repozycji przez lekarza		3
c) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów		10
d) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem		5
e) inne Złamania		2
f) Złamanie leczone protezoplastyką		20
61. Utrata kończyny w stawie ramiennno-łopatkowym		70
62. Utrata kończyny wraz z łopatką		75
RAMIĘ		
63. Złamanie trzonu kości ramiennej:		
a) wieloodłamowe, otwarte		12
b) otwarte		10
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów		7
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem		4
e) inne		2
64. Izolowane uszkodzenia skóry, mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów:		
a) Rana o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)		1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA		1
c) uszkodzenie mięśnia dwugłowego potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo		1
d) uszkodzenie mięśnia dwugłowego zaopatrzone chirurgicznie		4
e) uszkodzenie innych mięśni ramienia zaopatrzone chirurgicznie		3
65. Utrata kończyny w obrębie ramienia		65
STAW ŁOKCIOWY		
66. Złamanie w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej lub łokciowej):		
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów		10
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem		5
c) inne		2
67. Inne uszkodzenia łokcia:		
a) skręcenie z Unieruchomieniem		2
b) zwinięcie		4

PRZEDRAMIĘ	
68. Złamanie w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne	2
69. Złamanie trzonów jednej lub obu kości przedramienia:	
a) wieloodłamowe, otwarte lub złamania Monteggia, Galeazzi	10
b) otwarte	8
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	2
70. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenia mięśni wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	2
d) uszkodzenia ścięgien zaopatrzone chirurgicznie (każde)	2
71. Utrata kończyny w obrębie przedramienia	55
72. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	50
NADGARSTEK	
73. Uszkodzenia nadgarstka:	
a) Złamanie mnogie kości nadgarstka z przemieszczeniem	10
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne Złamania	2
d) zwichnięcia	7
e) skręcenia leczone Unieruchomieniem	1
74. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	50
ŚRÓDRĘCZE	
75. Uszkodzenia śródręcza:	
a) Rana o rozmiarze powyżej 2 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1%TBSA	2
76. Złamania kości śródręcza:	
a) I kość śródręcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
iii. inne Złamania	2
b) II kość śródręcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	4
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne Złamania	1
c) III, IV, V kość śródręcza	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem	2
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii. inne Złamania	1
KCIUK	
77. Utrata w zakresie kciuka:	
a) utrata częściowa opuszki	1
b) utrata całkowita opuszki	3
c) utrata paliczka paznokciowego	6
d) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	12
e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	20

78. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
c) inne Złamania	2
d) Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
e) oparzenia od II stopnia	1
f) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	2
g) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym	2
h) zwichnięcia w stawie śródręczno-paliczkowym	2
PALEC WSKAZUJĄCY	
79. Uszkodzenia w obrębie wskaziciela:	
a) utrata częściowa opuszki	1
b) utrata całkowita opuszki	1
c) utrata paliczka paznokciowego	4
d) utrata paliczka środkowego	8
e) utrata trzech paliczków	10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	14
80. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne Złamania	1
d) Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
e) oparzenia od II stopnia	2
f) uszkodzenia, przecięcia ścięgien (każde)	1
g) zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	2
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	
81. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	5
c) palec III – utrata trzech paliczków	8
d) utrata palca III z kością śródręcza	10
e) palec IV – utrata paliczka paznokciowego	1
f) palec IV – utrata dwóch paliczków	2
g) palec IV – utrata trzech paliczków	4
h) utrata palca IV z kością śródręcza	5
i) palec V – utrata paliczka paznokciowego	1
j) palec V – utrata dwóch paliczków	2
k) palec V – utrata trzech paliczków	3
l) utrata palca V z kością śródręcza	4
82. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich):	
a) palec III:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
iii. inne Złamania	1
iv. Rany o rozmiarze powyżej 2 cm	1
v. oparzenia od II stopnia	1
vi. uszkodzenia, przecięcia ścięgien	1
vii. zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1

b) palec IV:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
ii. Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	1
iii. inne Złamania	1
iv. Rany, oparzenia od II stopnia, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1
c) palec V:	
i. Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	1
ii. inne Złamania	1
iii. Rany, oparzenia od II stopnia, uszkodzenia, przecięcia ścięgien, zwichnięcia w stawie międzypaliczkowym lub śródręczno-paliczkowym	1
Ważne: łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny górnej nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za amputację na tym poziomie. Wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca. łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu oparzenia palców jednej ręki nie może przekroczyć 5%.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
STAW BIODROWY	
83. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie w stawie biodrowym	80
b) amputacja na poziomie uda	60
84. Uszkodzenia stawu biodrowego – bliższej nasady kości udowej – Złamania bliższej nasady kości udowej, Złamania szyjki, Złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej:	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	15
b) Złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	10
c) inne Złamania	8
d) uszkodzenia pourazowe leczone protezoplastyką stawu biodrowego	20
UDO	
85. Złamanie kości udowej:	
a) wieloodłamowe, otwarte	15
b) otwarte	12
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4
e) inne	3
86. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – skóry, mięśni, ścięgien, naczyń:	
a) Rany o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) uszkodzenie mięśni uda potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	1
d) uszkodzenia mięśni wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	3
e) uszkodzenia naczyń (tętnic lub żył biodrowych, udowych, podkolanowych) leczone operacyjnie	8
KOLANO	
87. Złamanie kości tworzących staw kolanowy – dalszej nasady kości udowej, bliższej nasady kości piszczelowej:	
a) wieloodłamowe, otwarte, zmiążdżeniowe	20
b) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
c) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne	3
88. Złamanie rzepki:	
a) skutkujące usunięciem rzepki	10
b) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	8
c) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
d) inne	3

89. Uszkodzenia aparatu więzadłowo-torebkowego:	
a) skręcenie kolana leczone Unieruchomieniem	2
b) uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej	3
c) uszkodzenie łąkotki bocznej	3
d) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego przedniego – ACL	5
e) uszkodzenie całkowite więzadła krzyżowego tylnego – PCL	5
f) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego boczego – LCL	4
g) uszkodzenie całkowite więzadła pobocznego przyśrodkowego – MCL	4
h) zwichnięcie rzepki wymagające repozyycji przez lekarza (z wyłączeniem zwichnięć nawykowych lub zwichnięć nastawionych przez chorego)	4
90. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
PODUDZIE	
91. Złamanie kości podudzia (piszczelowej lub piszczelowej i strzałkowej):	
a) wieloodłamowe, otwarte, zmiżdzeniowe	15
b) otwarte	12
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
d) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5
e) inne	3
92. Izolowane Złamanie kości strzałkowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	3
b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2
c) inne	1
93. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien:	
a) Rany o rozmiarze powyżej 4 cm (każda)	1
b) oparzenia od II stopnia – za każdy 1% TBSA	1
c) naderwanie mięśnia trójgłowego łydki potwierdzone w badaniach obrazowych (USG, TK, RM) leczone zachowawczo	2
d) uszkodzenie mięśnia trójgłowego łydki leczone operacyjnie	7
e) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	2
f) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7
g) uszkodzenie mięśnia piszczelowego przedniego i prostowników palców	3
h) uszkodzenie innych mięśni i ścięgien	2
94. Utrata kończyny w obrębie podudzia	50
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
95. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego:	
a) skręcenia leczone Unieruchomieniem	2
b) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawu (badanie obrazowe potwierdzające np. uszkodzenie więzadeł)	2
c) Złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3
d) Złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2
e) Złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5
f) Złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3
g) Złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8
h) Złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5
i) Złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10
j) Złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6
96. Złamanie kości skokowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	10
b) wieloodłamowe	7
c) inne	3

97. Złamanie kości piętowej:	
a) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	12
b) wieloodłamowe	10
c) inne	5
98. Utrata kości skokowej i/lub piętowej:	
a) utrata częściowa	25
b) utrata całkowita	40
99. Uszkodzenie kości stępu (z wyłączeniem kości piętowej i skokowej) – każda (z zastrzeżeniem iż maksymalna procentowa wartość Uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 15%):	
a) Złamanie wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	6
b) Złamanie wieloodłamowe	4
c) inne Złamania	2
100. Złamanie kości śródstopia – każda (z zastrzeżeniem iż maksymalna procentowa wartość Uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 15%):	
a) wieloodłamowe, otwarte	6
b) otwarte	5
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	4
d) inne	2
101. Inne uszkodzenia okolicy stępu, śródstopia i stopy:	
a) Rany grzbietu stopy (każda)	1
b) Rany podeszwy lub Rany stopy (każda)	2
c) oparzenie od II stopnia – za 1% TBSA	3
102. Utrata stopy w całości	45
103. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
104. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
105. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej	25
PALCE STOPY	
106. Uszkodzenie palucha:	
a) Rana	1
b) częściowa lub całkowita utrata opuszki palucha	1
c) utrata paliczka paznokciowego palucha	5
d) utrata całego palucha	10
e) utrata z kością śródstopia	15
107. Złamanie palucha:	
a) wieloodłamowe, otwarte	4
b) otwarte	3
c) wieloodłamowe z przemieszczeniem odłamów	2
d) inne	1
108. Złamanie w zakresie palców II, III, IV, V (każdy):	
a) wieloodłamowe	2
b) inne	1
109. Utrata palców stopy II–V (każdy):	
a) częściowa	1
b) całkowita	3
110. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia (każdy)	5
111. Utrata palca V z kością śródstopia	7
112. Uszkodzenia I, II, III, IV i V palca	1
Ważne: Łączna wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego z tytułu uszkodzenia kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za amputację na tym poziomie. Wartość procentowa Uszczerbku na zdrowiu przyznanego za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości procentowej Uszczerbku na zdrowiu przewidzianego za całkowitą utratę tego palca.	

M. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH		PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
113. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		15
b) nerwu piersiowego długiego:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		15
c) nerwu pachowego:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		25
d) nerwu mięśniowo-skórnego:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		25
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:		
i. częściowe		7
ii. całkowite		35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		30
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		25
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia:		
i. częściowe		4
ii. całkowite		15
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia:		
i. częściowe		7
ii. całkowite		35
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		20
k) nerwu łokciowego:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		25
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej):		
i. częściowe		7
ii. całkowite		25
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej):		
i. częściowe		10
ii. całkowite		45
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego:		
i. częściowe		2
ii. całkowite		15
o) nerwu zasłonowego:		
i. częściowe		5
ii. całkowite		15

p) nerwu udowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
q) nerwów pośladowych (górnego i dolnego):	
i. częściowe	3
ii. całkowite	20
r) nerwu sromowego wspólnego:	
i. częściowe	3
ii. całkowite	20
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy:	
i. częściowe	10
ii. całkowite	50
t) nerwu piszczelowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	30
u) nerwu strzałkowego:	
i. częściowe	5
ii. całkowite	20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego:	
i. częściowe	10
ii. całkowite	60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego:	
i. częściowe	2
ii. całkowite	10
N. NAGŁE ZATRUCIA GAZAMI, NASTĘPSTWA DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH LUB BIOLOGICZNYCH (PORAŻENIA PRĄDEM, PORAŻENIA PIORUNEM, NASTĘPSTWA UKĄSZEŃ) LECZONE SZPITALNIE:	
	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
a) z Hospitalizacją 1-2 dni	1
b) z Hospitalizacją 3-5 dni	2
c) z Hospitalizacją 6-10 dni	5
d) z Hospitalizacją powyżej 10 dni	10
O. INNE	
	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU
114. Oparzenia I stopnia niewymienione powyżej w Tabeli Norm	0,5
115. Odmrożenia od II stopnia (nos, uszy, palce rąk i nóg) – każde	1
116. Rany niewymienione powyżej w Tabeli Norm	0,5
117. Skręcenia bez Unieruchomienia z leczeniem specjalistycznym wymagającym wizyty u lekarza specjalisty i zastosowania leczenia w postaci okładów lub leków, lub opaski elastycznej, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej	0,5

Niniejsza Tabela Norm NW została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r.

Tabela Norm ZU

Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu

Niniejsza Tabela Norm Oceny Procentowej Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwana dalej „Tabelą Norm ZU”) stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Uszczerbku na zdrowiu na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (zwanych dalej „Warunkami UZU”).

USZCZERBEK NA ZDROWIU	PROCENT (STOPIEŃ) USZCZERBKU NA ZDROWIU / PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA
1. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta i/lub skalę Ashwortha):	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	100
b) głęboki niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych, znacznie ograniczający sprawność kończyn (2°–3° wg skali Lovetta lub 4°–3° wg skali Ashwortha)	60–80
c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub niedowład obu kończyn dolnych (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha)	40–60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczny lub obu kończyn dolnych (4° lub 4°/5° wg skali Lovetta lub 2°–1°, 1° wg skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5–40
e) porażenie kończyny górnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90
– lewej	60–80
f) niedowład kończyny górnej (3°–4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	70–90
– lewej	60–80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha):	
– prawej	50–60
– lewej	40–50
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°–2°/3° wg skali Lovetta lub 4°–3° wg skali Ashwortha):	
– prawej	30–50
– lewej	20–40
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3°v4° wg skali Lovetta lub 3°v2° wg skali Ashwortha):	
– prawej	10–30
– lewej	5–20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0°–1° wg skali Lovetta lub 5° wg skali Ashwortha)	40–50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2°–2°/3° wg skali Lovetta lub 4°–3° wg skali Ashwortha)	25–40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3°–3°/4° wg skali Lovetta lub 3°–2° wg skali Ashwortha)	15–25
m) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4°–4°/5° wg skali Lovetta lub 2°/1, 1° wg skali Ashwortha)	5–15
Ważne: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać dodatkowo wg poz. 6 niniejszej Tabeli Norm ZU, uwzględniając, że całkowity Uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. od 1j do poz. 1m niniejszej Tabeli Norm ZU – oddzielnie dla każdej kończyny.	

SKALA LOVETTA 0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej, 1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej, 2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność do wykonania ruchu przy pomocy i odciążenia odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej, 3° – zdolność do wykonania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej, 4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej, 5° – prawidłowa siła, tj. zdolność do wykonania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej.	
SKALA ASHWORTH 1° – brak wzmożonego napięcia mięśniowego, 2° – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zginania lub prostowania kończyny, 3° – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale część dotknięta niedowładem łatwo poddaje się zginaniu, 4° – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania, 5° – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania.	
2. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie ograniczający sprawność ustroju i powodujący, że chory wymaga opieki osób trzecich	100
b) znacznego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju i samoobsługę, niepociągający za sobą konieczności sprawowania opieki nad chorym	41–80
c) średniego stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju i samoobsługę	21–40
d) nieznaczного stopnia zespół pozapiramidowy ograniczający sprawność ustroju	11–20
e) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5–10
3. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły mózdkowe:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	41–80
c) utrudniające w nieznacznym stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową	11–40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i ograniczające sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1–10
4. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami – co najmniej 3 napady w tygodniu	30–40
b) padaczka z napadami – powyżej 2 napadów w miesiącu	20–30
c) padaczka z napadami – co najwyżej 2 napady w miesiącu	10–20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utraty przytomności	1–10
Ważne: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna albo szpitalna potwierdzająca rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzanie padaczki nie jest wystarczające do uznania Uszczerbku na zdrowiu z tego tytułu). Ocena częstotności napadów powinna nastąpić po zakończeniu leczenia. W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. 5 niniejszej Tabeli Norm ZU.	
5. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne znacznie utrudniające lub uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80–100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50–80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25–50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10–25
Ważne: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem trwałego deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).	
6. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agraphią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40–59
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20–39
e) afazja nieznaczного stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10–19
7. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, błoczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20–35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11–20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5–10

d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
8. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
b) ruchowe	1-10
c) czuciowo-ruchowe	3-20
9. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2-10
Ważne: Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu należy oceniać wg poz. 1 lub poz. 5 niniejszej Tabeli Norm ZU.	
10. Utrwalone częściowe lub całkowite uszkodzenie nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i czynności przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5-10
b) średniego stopnia	11-25
c) dużego stopnia	26-50
11. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
12. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Ważne: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu, Uszczerbek na zdrowiu należy oceniać wg poz. 5 niniejszej Tabeli Norm ZU.	
13. Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, bez zaburzeń kurczliwości, próba wysiłkowa powyżej 10 MET	5
b) I klasa NYHA, EF 50–55%, niewielkie zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa powyżej 10 MET	6-15
c) II klasa NYHA, EF 45–55%, umiarkowane zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa 7–10 MET	16-25
d) III klasa NYHA, EF 35–45%, nasilone zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa 5–7 MET	26-55
e) IV klasa NYHA, EF <35%, znaczne zaburzenia kurczliwości, próba wysiłkowa poniżej 5 MET	56-90
Ważne: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych kategorii muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzeń kurczliwości.	
KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:	
Klasa I. Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca ani bólów wieńcowych.	
Klasa II. Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa III. Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.	
Klasa IV. Choroba serca, która przy jakiegokolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.	
DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY: Fracja wyrzutowa lewej komory – objętość krwi wyrzucana z lewej komory w czasie skurczu serca. Fracja wyrzutowa jest wyrażana w procentach – stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Fracja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności hemodynamicznej serca.	
DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ: MET-y (MET – równoważnik metaboliczny – jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu i wynosi ok. 3,5 mililitra tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się za wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.	

Niniejsza Tabela Norm ZU została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r.

Tabela Operacji Chirurgicznych

Niniejsza Tabela Operacji Chirurgicznych (zwana dalej „Tabelą Operacji”) stanowi integralną część następujących Warunków umów dodatkowych:

- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego („Warunki OCH”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku („Warunki OCHNW”)
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Małżonka albo Partnera („Warunki OCHMP”);
- Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Operacji chirurgicznych Dziecka („Warunki OCHD”);

NAZWA OPERACJI		% SU*
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO		
1.	Rozległe usunięcie tkanki mózgowej	100%
2.	Usunięcie zmiany w tkance mózgowej	100%
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	100%
4.	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	80%
5.	Wszczepienie stymulatora mózgu	80%
6.	Wentrykulostomia (wytworzenie przetoki komory mózgowej)	60%
7.	Rewizja wentrykulostomii	60%
8.	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	60%
9.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80%
10.	Przeszczep nerwu czaszkowego	100%
11.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	100%
12.	Pozaczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	80%
13.	Pozaczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	80%
14.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego	100%
15.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	100%
16.	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	80%
17.	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	60%
18.	Usunięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	100%
19.	Rekonstrukcja opony twardej	100%
20.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	80%
21.	Drenaż przestrzeni podoponowej	100%
22.	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	100%
23.	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego	80%
24.	Wycięcie nerwu obwodowego	40%
25.	Zniszczenie nerwu obwodowego	60%
26.	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	40%
27.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	60%
28.	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	60%
29.	Wycięcie przysadki mózgowej	80%
30.	Uszkodzenie przysadki mózgowej powodujące ciężką dysfunkcję	80%
31.	Operacja szyszynki	80%
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
32.	Wycięcie tarczycy całkowite	40%
33.	Wycięcie tarczycy częściowe	20%
34.	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	80%

NAZWA OPERACJI		% SU*
35.	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	60%
36.	Wycięcie przytarczyc powodujące trwałą niewydolność gruczołu	80%
37.	Wycięcie grasicy	20%
38.	Wycięcie nadnercza	60%
39.	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	60%
40.	Całkowita amputacja sutka	40%
41.	Operacje rekonstrukcyjne sutka	40%
42.	Operacje brodawki sutkowej	40%
43.	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	40%
44.	Częściowa amputacja piersi	10%
45.	Usunięcie guzka piersi	5%
OPERACJE OKA		
46.	Usunięcie gałki ocznej	60%
47.	Usunięcie zmiany w obrębie oczodołu	40%
48.	Wszczepienie protezy gałki ocznej	40%
49.	Rewizja protezy gałki ocznej	40%
50.	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	60%
51.	Nacięcie oczodołu	40%
52.	Złożona operacja na mięśniach oka	60%
53.	Usunięcie mięśnia oka	40%
54.	Cofnięcie mięśnia oka	40%
55.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	40%
56.	Wycięcie zmiany rogówki	20%
57.	Usunięcie zmiany w obrębie twardówki	40%
58.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	20%
59.	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	40%
60.	Wycięcie tęczówki	40%
61.	Operacje filtrujące tęczówki	60%
62.	Usunięcie ciała rzęskowego	40%
63.	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	20%
64.	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki	20%
65.	Operacja ciała szklстого	60%
66.	Zniszczenie zmiany siatkówki	40%
67.	Wprowadzenie sztucznej soczewki	20%
68.	Nacięcie twardówki	10%
69.	Nacięcie tęczówki	10%
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
70.	Otwarcie wyrostka sutkowatego	80%
71.	Operacja naprawcza błony bębenkowej	20%
72.	Drenaż ucha środkowego	20%
73.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	80%

NAZWA OPERACJI	% SU*
74. Usunięcie zmiany ucha środkowego	40%
75. Amputacja nosa	60%
76. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	20%
77. Operacja zatoki czołowej	20%
78. Operacja zatoki klinowej	20%
79. Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	20%
80. Operacja udrożnienia ujścia zatok	10%
81. Wycięcie gardła	80%
82. Operacja naprawcza gardła	60%
83. Terapeutyczna operacja endoskopowa gardła (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	20%
84. Wycięcie krtani	60%
85. Usunięcie zmiany fałdu głosowego	20%
86. Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą	60%
87. Rekonstrukcja krtani	80%
88. Operacja ślimaka	40%
89. Plastyka ucha zewnętrznego	20%
90. Operacja przegrody nosa	10%
91. Usunięcie migdałków podniebiennych	10%
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO	
92. Częściowe wycięcie tchawicy	100%
93. Plastyka tchawicy	60%
94. Protezowanie tchawicy metodą otwartą	60%
95. Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	40%
96. Otwarta operacja ostrogi tchawicy	60%
97. Częściowe usunięcie oskrzela	60%
98. Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	20%
99. Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	20%
100. Przeszczep płuca	100%
101. Wycięcie płuca	100%
102. Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą	80%
103. Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznej)	40%
104. Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	40%
OPERACJE JAMY USTNEJ	
105. Wycięcie języka	60%
106. Wycięcie zmiany w obrębie języka	20%
107. Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	20%
108. Korekcja deformacji podniebienia	40%
109. Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	20%
110. Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	40%
111. Wycięcie ślinianki	40%
112. Usunięcie zmiany w obrębie ślinianki	40%
113. Przeszczepienie przewodu ślinowego	40%
114. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	20%
115. Podwiązanie przewodu ślinowego	20%
116. Poszerzenie przewodu ślinowego	20%
117. Częściowe wycięcie wargi	20%

NAZWA OPERACJI	% SU*
118. Usunięcie zmiany wargi	20%
119. Korekcja deformacji wargi	40%
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
120. Wycięcie przełyku i żołądka	100%
121. Całkowite wycięcie przełyku	100%
122. Częściowe wycięcie przełyku	60%
123. Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą	60%
124. Zespoleńie omijające przełyku	80%
125. Rewizja zespoleńia przełyku	60%
126. Operacja naprawcza przełyku	100%
127. Wytworzenie przetoki przełykowej	60%
128. Nacięcie przełyku	20%
129. Operacja żyłaków przełyku metodą otwartą	60%
130. Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą	60%
131. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową	20%
132. Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu	20%
133. Całkowita resekcja żołądka	100%
134. Częściowa resekcja żołądka	80%
135. Usunięcie zmiany żołądka metodą otwartą	60%
136. Operacja plastyczna żołądka	60%
137. Zespoleńie żołądkowo-dwunastnicze	60%
138. Zespoleńie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	60%
139. Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	60%
140. Operacje wrzodu żołądka z otwarciem jamy brzusznej	60%
141. Nacięcie odźwiernika (pyloromyotomia)	60%
142. Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	20%
143. Wycięcie dwunastnicy	60%
144. Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą	80%
145. Zespoleńie omijające dwunastnicy	60%
146. Operacje wrzodu dwunastnicy z otwarciem jamy brzusznej	60%
147. Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu	20%
148. Resekcja jelita czczego	60%
149. Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą	60%
150. Wyłonienie sztucznego odbytu na jelicie cienkim	60%
151. Zespoleńie omijające jelita czczego	60%
152. Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	20%
153. Resekcja jelita krętego	60%
154. Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą	60%
155. Zespoleńie omijające jelita krętego	60%
156. Rewizja zespoleńia jelita krętego	60%
157. Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomia)	60%
158. Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomia)	60%
159. Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	20%
160. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	40%
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO	
161. Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	20%

NAZWA OPERACJI		% SU*
162.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100%
163.	Całkowite wycięcie okrężnicy	80%
164.	Wycięcie odbytnicy	80%
165.	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	80%
166.	Wycięcie poprzecznicy	80%
167.	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	80%
168.	Wycięcie esicy	80%
169.	Usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy metodą otwartą	60%
170.	Usunięcie żylaków odbytu	10%
171.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	20%
172.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	20%
173.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	20%
174.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu	60%
175.	Zespolenie omijające okrężnicy	60%
176.	Usunięcie zmiany w obrębie odbytnicy metodą otwartą	60%
177.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	60%
178.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze	60%
179.	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	60%
180.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu	20%
181.	Wytonienie jelita	60%
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
182.	Przeszczep wątroby	100%
183.	Częściowe wycięcie wątroby	80%
184.	Operacja naprawcza wątroby	80%
185.	Nacięcie wątroby	20%
186.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu	20%
187.	Przeznaczeniowe zabiegi operacyjne na naczyniach wątrobowych	40%
188.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20%
189.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego	60%
190.	Przezkórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego	40%
191.	Wycięcie przewodu żółciowego	80%
192.	Usunięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	60%
193.	Nacięcie przewodu żółciowego	60%
194.	Zespolenie przewodu żółciowego	60%
195.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	60%
196.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	60%
197.	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	60%
198.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	40%
199.	Przezkórna implantacja protezy przewodu żółciowego	40%
200.	Przezkórna rewizja połączenia przewodu żółciowego	40%
201.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra)	40%

NAZWA OPERACJI		% SU*
202.	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	60%
203.	Nacięcie zwieracza Oddiego z dostępu przezdwunastniczego	60%
204.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	20%
205.	Przeszczep trzustki	100%
206.	Całkowite wycięcie trzustki	100%
207.	Wycięcie głowy trzustki	100%
208.	Usunięcie zmiany trzustki	60%
209.	Zespolenie przewodu trzustkowego	80%
210.	Otwarty drenaż zmiany trzustki	60%
211.	Przezkórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	20%
212.	Całkowite wycięcie śledziony	40%
OPERACJE SERCA		
213.	Przeszczep serca	100%
214.	Przeszczep płuca	100%
215.	Korekcja przełożenia wielkich naczyń	100%
216.	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żył płucnych	100%
217.	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	100%
218.	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	100%
219.	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	100%
220.	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	100%
221.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu	80%
222.	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawki	100%
223.	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	100%
224.	Plastyka przedsionka serca	100%
225.	Walwuloplastyka mitralna	100%
226.	Walwuloplastyka aortalna	100%
227.	Plastyka zastawki trójdzielnej	100%
228.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	100%
229.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca	100%
230.	Rewizja plastyki zastawki serca	100%
231.	Otwarta walwulotomia	100%
232.	Zamknięta walwulotomia	100%
233.	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	100%
234.	Przezkórna operacja dotycząca zastawki serca	80%
235.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	100%
236.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej	100%
237.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z tętnicą piersiową wewnętrzną	100%
238.	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	100%
239.	Przezkórna angioplastyka wieńcowa	60%
240.	Otwarta operacja układu bódźoprzewodzącego serca	100%
241.	Wszczepienie systemu wspomagania komór serca	60%

NAZWA OPERACJI		% SU*
242.	Wszczepienie układu stymulującego serce (także ICD, CRT) z przezskórnym wprowadzeniem elektrod do jam serca	60%
243.	Inny sposób stałej stymulacji serca	60%
244.	Przezsłone zabiegi ablacji ognisk arytmogennych	60%
245.	Wycięcie osierdza	100%
246.	Drenaż osierdza	80%
247.	Nacięcie osierdza	40%
248.	Otwarta operacja złożonych wad wielkich naczyń	100%
249.	Otwarta operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	100%
250.	Przezsłona operacja dotycząca wad wielkich naczyń	100%
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH I ŻYLNÝCH		
251.	Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
252.	Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	100%
253.	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%
254.	Przezsłona operacja tętnicy płucnej	60%
255.	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych	100%
256.	Wszczepienie aortalnej protezy naczyniowej	100%
257.	Plastyka aorty	100%
258.	Przeznaczeniowa operacja aorty	80%
259.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	100%
260.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy szyjnej	60%
261.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu	100%
262.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy mózgowej	60%
263.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	100%
264.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy podobojczykowej	60%
265.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	100%
266.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy nerkowej	60%
267.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100%
268.	Przeznaczeniowa operacja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	60%
269.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych	100%
270.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	100%
271.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy biodrowej	60%
272.	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych	100%
273.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	100%
274.	Przeznaczeniowa operacja tętnicy udowej	60%
275.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy	60%
276.	Usunięcie żyły / Usunięcie żyłaków kończyny dolnej	10%
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
277.	Przeszczep nerki	80%
278.	Całkowite usunięcie nerki	80%
279.	Częściowe wycięcie nerki	60%
280.	Wycięcie zmiany w nerce	60%
281.	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	60%
282.	Nacięcie nerki	20%
283.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową	20%
284.	Operacja nerki przez nefrostomię	20%
285.	Wycięcie moczowodu	60%

NAZWA OPERACJI		% SU*
286.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	80%
287.	Ponowne wszczepienie moczowodu	60%
288.	Operacja naprawcza moczowodu	60%
289.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop	20%
290.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	20%
291.	Operacje ujścia moczowodu	40%
292.	Całkowite usunięcie pęcherza moczowego	100%
293.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	60%
294.	Powiększenie pęcherza moczowego	80%
295.	Operacja zwiększająca pojemność pęcherza moczowego	40%
296.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza moczowego	20%
297.	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	40%
298.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową	20%
299.	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety	60%
300.	Brzusza plastyka ujścia pęcherza u kobiety	60%
301.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety	60%
302.	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	20%
303.	Wycięcie prostaty metodą otwartą	80%
304.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	20%
305.	Wycięcie cewki moczowej	60%
306.	Operacja naprawcza cewki moczowej	40%
307.	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	20%
308.	Operacje ujścia cewki moczowej	20%
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
309.	Usunięcie moszny	40%
310.	Obustronne wycięcie jąder	60%
311.	Usunięcie zmiany jądra	40%
312.	Obustronna implantacja jąder do moszny	60%
313.	Proteżowanie jądra	40%
314.	Operacja wodniaka jądra	20%
315.	Operacja najądrza	20%
316.	Wycięcie nasieniowodu	20%
317.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	40%
318.	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	40%
319.	Operacja pęcherzyków nasennych	40%
320.	Całkowita amputacja prącia	60%
321.	Częściowa amputacja prącia	40%
322.	Usunięcie zmiany prącia	40%
323.	Operacja plastyczna prącia wtórna do wcześniejszych zabiegów terapeutycznych	60%
324.	Proteżowanie prącia	20%
325.	Operacja napletka	20%
326.	Operacja łechtaczki	20%
327.	Wycięcie sromu	60%
328.	Wycięcie zmiany sromu	20%
329.	Operacja naprawcza w obrębie sromu	20%
330.	Nacięcie kanału pochwy	20%
331.	Wycięcie pochwy	40%

NAZWA OPERACJI		% SU*
332.	Nacięcie zrostów pochwy	10%
333.	Usunięcie zmiany w obrębie pochwy	10%
334.	Operacja plastyczna pochwy	20%
335.	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	40%
336.	Plastyka sklepienia pochwy	20%
337.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	20%
338.	Wycięcie szyjki macicy	40%
339.	Wycięcie macicy drogą brzuszną	80%
340.	Wycięcie macicy drogą przezpochwową	60%
341.	Laparoskopowe usunięcie macicy	60%
342.	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne macicy	20%
343.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	60%
344.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	40%
345.	Operacja więzadła szerokiego macicy	20%
346.	Operacja innego więzadła macicy	20%
347.	Wyłyżeczkowanie jamy macicy	5%
348.	Wycięcie jajowodu	20%
349.	Wszczepienie protezy jajowodu	20%
350.	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	20%
351.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu	20%
352.	Częściowe wycięcie jajnika	20%
353.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika	20%
354.	Otwarte zniszczenie zmian w obrębie jajnika	20%
355.	Operacja naprawcza jajnika	20%
356.	Wycięcie zmiany szyjki macicy	5%
357.	Usunięcie zmiany w obrębie jajowodu	20%
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
358.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80%
359.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	80%
360.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą	80%
361.	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
362.	Otwarty drenaż opłucnej	60%
363.	Operacja naprawcza pękniętej przepony	100%
364.	Operacja przepukliny pachwinowej	20%
365.	Operacja przepukliny pępkowej	20%
366.	Operacja przepukliny udowej	20%
367.	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20%
368.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą	60%
369.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	60%
370.	Operacje sieci większej	60%
371.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	60%
372.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	60%
373.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	60%
374.	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej	20%
375.	Przeszczep powięzi	20%
376.	Wycięcie powięzi brzucha	20%
377.	Wycięcie innej powięzi	20%
378.	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20%
379.	Rozdzielenie powięzi	20%
380.	Uwolnienie powięzi	20%
381.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%

NAZWA OPERACJI		% SU*
382.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%
383.	Przemieszczenie ścięgna	40%
384.	Wycięcie ścięgna	40%
385.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40%
386.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40%
387.	Zmiana długości ścięgna	20%
388.	Wycięcie pochewki ścięgna	20%
389.	Przeszczep mięśnia	60%
390.	Wycięcie mięśnia	20%
391.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szcicia mięśnia)	20%
392.	Uwolnienie przykurczu mięśnia	20%
393.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20%
394.	Operacja przewodu limfatycznego	80%
395.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	40%
396.	Operacja przeszczepu skóry	20%
397.	Usunięcie zmiany skórnej na twarzy	10%
OPERACJA STAWÓW I KOŚCI		
398.	Plastyka czaszki	60%
399.	Otwarcie czaszki	100%
400.	Wycięcie kości twarzy	40%
401.	Nastawienie złamania szczęki	40%
402.	Nastawienie złamania innej kości twarzy	40%
403.	Rozdzielenie kości twarzy	60%
404.	Stabilizacja kości twarzy	40%
405.	Wycięcie żuchwy	60%
406.	Nastawienie złamania żuchwy	20%
407.	Rozdzielenie żuchwy	40%
408.	Stabilizacja żuchwy	40%
409.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	60%
410.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	100%
411.	Korekta po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	80%
412.	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	100%
413.	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	100%
414.	Korekta po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego	100%
415.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa	80%
416.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
417.	Korekta po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego	80%
418.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
419.	Korekta po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego	80%
420.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
421.	Korekta po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego	60%
422.	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego	60%
423.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	100%

NAZWA OPERACJI		% SU*
424.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	80%
425.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	80%
426.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	100%
427.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	80%
428.	Odbarczenie złamania kręgosłupa	80%
429.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa	80%
430.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	60%
431.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60%
432.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60%
433.	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	60%
434.	Całkowite wycięcie kości	40%
435.	Wycięcie kości ektopowej	20%
436.	Usunięcie zmiany kości	40%
437.	Operacje palucha koślawego	10%
438.	Rozdzielenie trzonu kości	40%
439.	Rozdzielenie kości stopy	40%
440.	Drenaż kości	40%
441.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
442.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania lub zwichnięcia kości ze stabilizacją zewnętrzną	40%
443.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	40%
444.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	40%

NAZWA OPERACJI		% SU*
445.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
446.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	40%
447.	Uwolnienie przykurczu stawu	20%
448.	Wyciąg szkieletowy kości	20%
449.	Przeszczep szpiku kostnego	40%
450.	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego i barkowego	5%
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
451.	Reimplantacja kończyny górnej	60%
452.	Reimplantacja kończyny dolnej	60%
453.	Reimplantacja innego narządu	60%
454.	Wszczepienie protezy kończyny	100%
455.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	60%
456.	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	40%
457.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	60%
458.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy	40%
459.	Amputacja palucha	20%
460.	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	40%
461.	Amputacja brzuszno-miedniczna	80%
462.	Transplantacja międzyukładowa	60%
463.	Inne operacje niewymienione powyżej	5%

Niniejsza Tabela Operacji Chirurgicznych została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r.

Tabela Urazów

Niniejsza Tabela Urazów stanowi integralną część Warunków umowy dodatkowej grupowego ubezpieczenia na wypadek Poważnego urazu Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „Warunkami PUNW”).

POWAŻNE URAZY		% SU*
KOŃCZYNY GÓRNE		
1.	Utrata kończyny powyżej stawu łokciowego	80%
2.	Utrata kończyny powyżej nadgarstka	60%
3.	Utrata kończyny w nadgarstku	55%
4.	Całkowita utrata wszystkich palców ręki	50%
5.	Całkowita utrata kciuka i palca wskazującego	35%
6.	Całkowita utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25%
7.	Całkowita utrata kciuka (oba paliczki)	20%
8.	Utrata paliczka dalszego kciuka	8%
9.	Całkowita utrata palca wskazującego	15%
10.	Utrata paliczka dalszego palca wskazującego	4%
11.	Utrata paliczka środkowego palca wskazującego	9%
12.	Całkowita utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5%
13.	Utrata paliczka dalszego palca III–V ręki	1%
14.	Utrata paliczka środkowego palca III–V ręki	3%
KOŃCZYNY DOLNE		
15.	Utrata kończyny powyżej kolana	80%
16.	Utrata kończyny powyżej stawu skokowego	60%
17.	Utrata kończyny na poziomie stawu skokowego	45%
18.	Utrata kończyny w obrębie stępu	40%
19.	Utrata kończyny w obrębie śródstopia	30%
20.	Całkowita utrata wszystkich palców u stopy	25%
21.	Całkowita utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20%
22.	Całkowita utrata palucha	10%
23.	Całkowita utrata palca innego niż paluch	3%
GŁOWA		
24.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach	100%
25.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obojgu uszach	100%
26.	Całkowita i nieodwracalna utrata mowy	100%
27.	Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku	40%
28.	Całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w jednym uchu	20%
29.	Utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30%
ZŁAMANIA		
ZŁAMANIA W OBRĘBIE CZASZKI		
30.	Złamanie pokrywy czaszki – za każdą kość	2%
31.	Złamanie podstawy czaszki	6%
32.	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa z przemieszczeniem	2%
33.	Złamanie kości nosa lub przegrody nosa bez przemieszczenia	1%
34.	Złamanie kości jarzmowej z przemieszczeniem	3%

POWAŻNE URAZY		% SU*
35.	Złamanie kości jarzmowej bez przemieszczenia	1%
36.	Złamanie twarzoczaszki – kości szczękowych, zatok, oczodołu (za każdą kość) z przemieszczeniem	5%
37.	Złamanie twarzoczaszki – kości szczękowych, zatok, oczodołu (za każdą kość) bez przemieszczenia	2%
38.	Złamanie żuchwy – wieloodłamowe	6%
39.	Złamanie żuchwy – inne niż wieloodłamowe	4%
40.	Złamanie mózgowiczaszki i twarzoczaszki (z wyłączeniem nosa, zębów i kości jarzmowych)	5%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE KLATKI PIERSIOWEJ		
41.	Złamanie od 1 do 3 żeber	2%
42.	Złamanie od 4 do 8 żeber	7%
43.	Złamanie 9 i więcej żeber	12%
44.	Złamanie mostka z przemieszczeniem	5%
45.	Złamanie mostka bez przemieszczenia	2%
ZŁAMANIA KRĘGOSŁUPA		
46.	Kompresyjne złamanie trzonów kręgów – za każdy	7%
47.	Złamanie wyrostków kolczystych poprzecznych – za każdy	1%
48.	Złamanie łuków kręgów – za każdy	3%
49.	Złamanie kości ogonowej bez przemieszczenia	2%
50.	Złamanie kości ogonowej z przemieszczeniem	4%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE MIEDNICY		
51.	Złamanie panewki stawu biodrowego	10%
52.	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej:	
	a) w odcinku przednim jednostronnie	2%
	b) w odcinku przednim obustronnie lub jednostronnie kość łonowa i kulszowa	5%
	c) w odcinku przednim i tylnym bez przemieszczenia	10%
	d) w odcinku przednim i tylnym z przemieszczeniem	20%
53.	Złamanie miednicy bez przerwania obręczy biodrowej:	
	a) złamanie jednomiejscowe nieprzemieszczone	2%
	b) złamanie jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) złamanie wielomiejscowe bez przemieszczenia	5%
	d) złamanie wielomiejscowe z przemieszczeniem	10%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY GÓRNEJ		
54.	Złamanie łopatki:	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamanie	1%
55.	Złamanie obojczyka:	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamanie	1%
56.	Złamanie kości ramiennej – bliższej nasady:	

POWAŻNE URAZY		% SU*
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
57.	Złamanie kości ramiennej – trzonu:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
58.	Złamanie kości ramiennej – dalszej nasady:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	2%
59.	Złamanie trzonów kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	2%
60.	Złamanie dalszych nasad kości przedramienia:	
	a) wieloodłamowe	7%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
61.	Złamanie kości nadgarstka:	
	a) złamania mnogie (2 lub więcej) kości nadgarstka	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
62.	Złamanie kości śródręcza:	
	a) wieloodłamowe	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
63.	Złamanie II kości śródręcza:	
	a) wieloodłamowe	4%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
	c) inne złamania	1%
64.	Złamanie III, IV, V kości śródręcza (każda):	
	a) wieloodłamowe	2%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
	c) inne złamania	1%
65.	Złamanie kciuka	
	a) wieloodłamowe	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
66.	Złamanie palca wskazującego	
	a) wieloodłamowe	4%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
	c) inne złamania	1%
67.	Złamanie palca III, IV, V (każdy):	
	a) wieloodłamowe	2%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
	c) inne złamania	1%
ZŁAMANIA W OBRĘBIE KOŃCZYNY DOLNEJ		
68.	Złamanie kości udowej – bliższej nasady:	
	a) wieloodłamowe	15%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	10%
	c) inne złamania	8%

POWAŻNE URAZY		% SU*
69.	Złamanie trzonu kości udowej:	
	a) wieloodłamowe	12%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
	c) inne złamania	4%
70.	Złamanie kości udowej – dalszej nasady:	
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	3%
71.	Złamanie rzepki:	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	3%
72.	Złamanie kości podudzia – bliższej nasady:	
	a) wieloodłamowe	12%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	8%
	c) inne złamania	5%
73.	Złamanie trzonu kości podudzia:	
	a) wieloodłamowe	10%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	7%
	c) inne złamania	4%
74.	Złamanie kości podudzia – dalszej nasady:	
	a) złamanie kostki bocznej bez przemieszczenia	2%
	b) złamanie kostki bocznej z przemieszczeniem	3%
	c) złamanie kostki przyśrodkowej bez przemieszczenia	3%
	d) złamanie kostki przyśrodkowej z przemieszczeniem	5%
	e) złamanie dwukostkowe z przemieszczeniem	8%
	f) złamanie dwukostkowe bez przemieszczenia	5%
	g) złamanie trójkostkowe z przemieszczeniem	10%
	h) złamanie trójkostkowe bez przemieszczenia	6%
	i) inne złamania	3%
75.	Złamanie kości skokowej i piętowej (każda):	
	a) wieloodłamowe	8%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	5%
	c) inne złamania	3%
76.	Złamanie kości stępu (każda):	
	a) wieloodłamowe	6%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	4%
	c) inne złamania	2%
77.	Złamanie kości śródstopia (każda):	
	a) wieloodłamowe	5%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	3%
	c) inne złamania	2%
78.	Złamanie palucha:	
	a) wieloodłamowe	4%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	2%
	c) inne złamania	1%
79.	Złamanie palców II-V (każdy):	
	a) wieloodłamowe	2%
	b) jednomiejscowe z przemieszczeniem	1%
	c) inne złamania	1%

POWAŻNE URAZY		% SU*
OPARZENIA		
80.	Oparzenia skóry II°:	
	a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	1%
	b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	7%
	c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	20%
	d) od 19% do 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	40%
	e) powyżej 27% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
81.	Oparzenia skóry III°:	
	a) poniżej 4,5% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	3%
	b) od 4,5% do 9% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	25%
	c) od 10% do 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	60%
	d) powyżej 18% całkowitej powierzchni ciała (TBSA)	100%
82.	Oparzenia dróg oddechowych wymagające hospitalizacji	10%
83.	Oparzenia górnego odcinka przewodu pokarmowego wymagające hospitalizacji	10%
ODMROŻENIA		
84.	Odmrożenie co najmniej II° jednego palca dłoni	0,5%
85.	Odmrożenie co najmniej II° jednego palca stopy	0,5%
86.	Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca dłoni	2%
87.	Odmrożenie co najmniej II° więcej niż jednego palca stopy	2%

POWAŻNE URAZY		% SU*
88.	Odmrożenie co najmniej II° w obrębie nosa	2%
89.	Odmrożenie co najmniej II° w obrębie ucha	2%
INNE URAZY		
90.	Całkowite i nieodwracalne porażenie (paraliż) co najmniej dwóch kończyn	100%
91.	Uraz głowy z koniecznością kraniotomii	20%
92.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością torakotomii	10%
93.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością drenażu opłucnej	5%
94.	Uraz klatki piersiowej z koniecznością resekcji tkanki płucnej	25%
95.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością laparotomii	5%
96.	Uraz jamy brzusznej z koniecznością usunięcia śledziony	15%
97.	Urazowa utrata nerki	30%
98.	Wstrząśnienie mózgu z koniecznością hospitalizacji:	
	a) od 2 do 5 dni	2%
	b) od 6 do 10 dni	5%

Niniejsza Tabela Urazów została zatwierdzona uchwałą Zarządu Unum nr 3/08/2022 z dnia 9 sierpnia 2022 r. i wchodzi w życie z dniem 15 września 2022 r.

